DORU VLAD POPOVICI

TERAPIE OCUPAȚIONALĂ
PENTRU PERSOANELE CU CERINȚE SPECIALE

- 2004 -

CUPRINS

TERAPIE OCUPAȚIONALĂ TEORETICĂ p. 3

TERAPIE OCUPAȚIONALĂ APLICATĂ p. 74

- ERGOTERAPIE p. 77

-ARTTERAPIE p. 144

-MELOTERAPIE p. 191

MODEL DE CURRICULUM p. 238

ANEXE p. 251

BIBLIOGRAFIE p. 256

1. TERAPIE OCUPAȚIONALĂ TEORETICĂ

CUPRINS

1. Definirea obiectului de studiu al terapiei ocupaționale ..... p. 5

2. Scurt istoric al disciplinei ..... p. 15

3. Influența ocupațiilor asupra dezvoltării umane ..... p. 24

4. Desfăşurarea procesului de terapie ocupațională p.34

5. Relația dintre elementele componente ale procesului de terapie ocupațională..... p. 46

6. Recomandări pentru inițierea procesului de terapie ocupațională la handicapați ..... p. 60

7. Valențe formativ-educative ale terapiei ocupaționale .....p. 69

8. Bibliografie ..... p. 73

CAPITOLUL I

DEFINIREA OBIECTULUI DE STUDIU AL TERAPIEI OCUPAȚIONALE

Terapia ocupațională are la bază concepția după care activitatea voluntară sau altfel spus, ocupația cu componentele sale interpersonale şi de mediu, poate fi utilizată eficient pentru împiedicarea apariției sau ameliorarea disfuncțiilor organismului uman, contribuind, în acest fel, la creşterea adaptării individului în societate.

Mai sintetic, putem spune că terapia ocupațională se preocupă în primul rând de asigurarea sănătății şi funcționării optime a individului în mediul său de existență. În acest Mosey subliniază ideea conform căreia terapia ocupațională este preocupată în primul rând „să ajute individul să-şi dezvolte deprinderile adaptative ilustrate în comportamente învățate, care-i permit să-şi satisfacă nevoile personale şi să răspundă cerințelor mediului."

În acelaşi timp, ştiința este tot mai mult implicată în asigurarea specificului fiecărei individualități în parte, în creşterea şi dezvoltarea fiecărei persoane.

Căutând o clarificare cât mai cuprinzătoare a obiectului de studiu al terapiei ocupaționale, este util să ne oprim, mai întâi asupra definiției oferite de Asociația Americană de Terapie Ocupațională, în 1968.

Conform acesteia terapia ocupațională este „*arta şi ştiința de a dirija modul de răspuns al omului față de activitatea selecționată, destinată să promoveze şi să mențină sănătatea, să împiedice evoluția spre infirmitate,*

să evalueze comportamentul şi să trateze sau să antreneze subiectul cu disfuncţii fizice sau sociale."

Definiţiile ulterioare merg pe aceeaşi linie, diferenţele dintre ele ţinând în special, de sublinierea importanţei unui aspect sau altul, în vederea circumscrierii mai exacte a obiectului de studiu al disciplinei. În acest sens, pe plan mondial este, încă larg răspândită, o altă definiţie. *„Terapia ocupaţională este arta şi ştiinţa de a dirija participarea omului spre îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a-i restabili, susţine şi spori performanţa, de a uşura învăţarea acelor abilităţi şi funcţii esenţiale pentru adaptare şi productivitate, de a diminua, sau corecta aspectele patologice şi de a promova starea de sănătate mintală."(*Council on Standards, Adjot, 1972).

Elementul comun şi general al tuturor definiţiilor date terapiei ocupaţionale de diverşi autori, se bazează pe utilizarea conceptului de activitate sau ocupaţie.

„Orice activitate dispune de:

1) o bază motivaţională,

2) de o structură (organizare prin autoorganizare)

3) de o ţintă, scop, sau plan, în raport cu care se autoreglează. Activitatea presupune o înlănţuire sau un sistem ierarhizat de acţiuni, care, la rândul lor, cuprind operaţii. Nota definitorie a activităţii este transformarea de obiecte materiale şi/sau informaţii şi ansambluri informaţionale."

În cadrul terapiei ocupaţionale accentul se pune pe caracteristicile individului în relaţie cu societatea şi cu lumea în care trăieşte.

Cunoştinţele pe care le acumulează această disciplină se bazează pe informaţiilor dobândite din domeniul anatomiei, fiziologiei, pedagogiei,

psihologiei, sociologiei, antropologiei şi în, general, pe cunoştinţele provenite de la majoritatea ştiinţelor care studiază comportamentul omului. Rezultă, deci, că terapia ocupaţională, deoarece realizează o sinteză informaţională între cunoştinţele provenite din diverse ştiinţe particulare, se constituie ca o ştiinţă interdisciplinară.

Dezvoltarea şi modificarea cunoştinţelor provenite de la aceste ştiinţe determină, în final, dezvoltarea terapiei ocupaţionale ca ştiinţă mereu deschisă spre înnoire şi cu o bază teoretică aflată într-o permanentă schimbare.

Fundamentul acestei discipline a fost profund influenţat de cercetările lui Clark, care în lucrarea sa *„Dezvoltarea umană prin activitate practică”*, a demonstrat că analiza activităţii şi adaptarea individuală sunt procesele esenţiale, care determină geneza terapiei ocupaţionale.

Unii autori contemporani încearcă să clarifice mai analitic domeniile de acţiune ale terapiei ocupaţionale, contribuind în acest fel la eliminarea unor confuzii şi neclarităţi, care persistă într-o ştiinţă aflată în proces de formare, oferind în acelaşi timp un ghid de acţiune pentru specialişti.

Din rândul acestora se remarcă Peggy L. Denton, care propune într-o lucrare recentă o clasificare detaliată asupra principalelor arii de acţiune în terapia ocupaţională.

În opinia autoarei, acțiunea terapeuților ocupaționali asupra subiecților se exercită în următoarele direcții de bază:

„1. stimularea responsabilității în diferite situații de viață;

2. *formarea deprinderilor de autoîngrijire şi igienă personală;*
3. *cultivarea deprinderilor de muncă;*
4. *organizarea de jocuri şi distracții;*
5. *formarea imaginii de sine şi stimularea încrederii în propria persoană;*
6. *cultivarea autocontrolului şi expresivității personale;*
7. *educarea capacităților cognitive;*
8. *educarea capacității de reacție la diverse situații de viață;*
9. *antrenarea integrării senzoriale;*
10. *sprijinirea relațiilor interpersonale;*
11. *educarea capacității de acțiune, în funcție de constrângerile şi resursele de mediu."*[1]

Mai sintetic, rezumând elementele prezentate anterior, putem spune că activitatea de terapie ocupațională se acționează pe trei mari domenii generale, care includ altele particulare şi anume:

1. formarea deprinderilor de viață cotidiană (inclusiv artistice);
2. formarea capacităților şi aptitudinilor pentru muncă;
3. educarea abilităților pentru diverse jocuri şi petrecerea timpului liber.

Pentru atingerea unui nivel funcțional, optim în domeniile respective, este necesară educarea subiecților în direcția obținerii unor rezultate

[1]

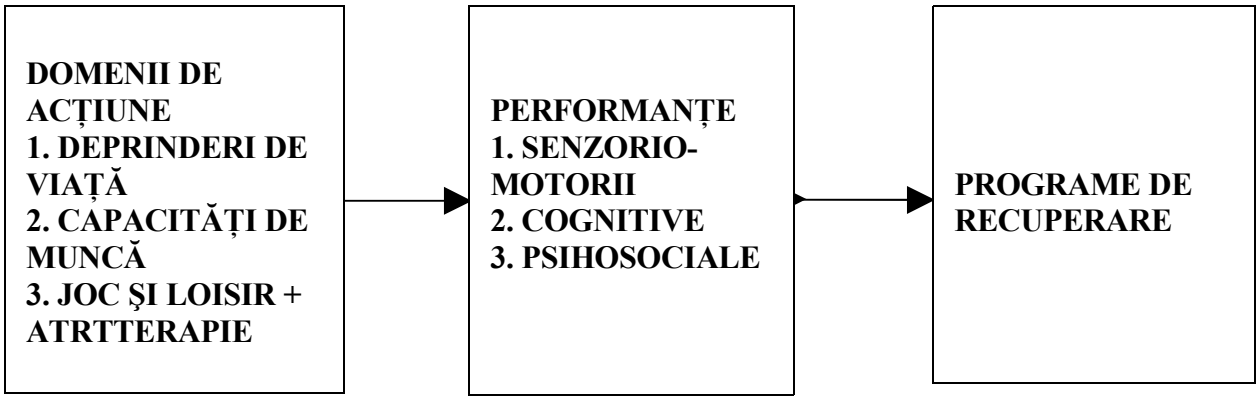
performante specifice. Structura performanțelor indivizilor respectivi se împarte la rândul ei, într-o serie de componente, şi anume:

a) senzorio-motorii,

b) cognitive,

c)psihosociale.

Deficiențele determinate de diverse boli, handicapuri sau întârzierile în dezvoltare necesită intervenția prin metodele terapiei ocupaționale, în vederea restabilirii nivelului maxim de funcționare.



Adâncind paradigma explicativă sugerată de Clark în teoriile contemporane ale terapiei ocupaționale, indică faptul că procesul adaptării prin utilizare activităților voluntare (ocupațiile), este indispensabil dezvoltării umane. Aceasta deoarece, atât ocupația înțeleasă ca activitate practică voluntară, cât şi dezvoltarea umană, care include procesul adaptării individului, ca mediu, reprezintă elementele comune ale acțiunii tuturor specialiştilor din domeniu, indiferent de tipul de instituție în care se desfăşoară activitatea.

Numeroase discuţii au fost duse în legătură cu limitarea ramurilor de studiu care compun domeniul terapiei ocupaţionale şi a distincţiilor dintre ele.

Emil Verza arată că *„terapiile ocupaţionale sunt de mai multe feluri, dar pentru handicapaţi cele mai semnificative se referă la ludoterapie, muzicoterapie, terapia prin dans şi ergoterapia."*[2]

Al. Popescu arăta, în acest sens că, terapia ocupaţională propriu-zisă cuprinde, art, play, melo, biblioterapie, terapie recreaţională, cultura fizică medicală, ocupaţiile uşoare, ca lutterapie (diverse procedee de modelare a lutului), brodatul etc. Implicând afectivitatea, simţul estetic beneficiul economic (în secundar).

Acelaşi autor face distincţia între ergoterapie şi alte activităţi de muncă, efectuate de subiecţi. El defineşte sintetic ergoterapia ca fiind *„terapia prin muncă remunerată şi asigurată, pe cât posibil, pe bază de autofinanţare."*

Considerăm utilă, mai ales din punct de vedere didactic, enumerarea făcută de autor cu privire la domeniile de acţiune ce se subsumează terapiei ocupaţionale. Trebuie să menţionăm însă că, activitatea remunerată poate fi valabilă eventual în spitale, dar în unităţile de învăţământ considerăm justă denumirea de ergoterapie dată activităţilor de muncă efectuate de elevi, chiar dacă acestea nu sunt recompensate material. Deci în învăţământ, cu toată lipsa de cointeresare materială a elevilor se face ergoterapie, care la nivelul şcolilor profesionale este bine să se organizeze într-un sistem cu recompense materiale, pentru a putea pregăti elevul cât mai bine, în vederea integrării profesionale ulterioare.

2

Întregul ansamblu al domeniilor subsumate terapiei ocupaționale, care includ, la rândul lor, metode şi procedee specifice, contribuie, în final, la realizarea unor obiective comune, care se referă la recuperarea, adaptarea şi integrarea socială şi profesională a bolnavilor şi persoanelor handicapate.

Importanța domeniilor de terapie ocupațională poate fi diferită într-un moment sau altul al procesului recuperator, în funcție de obiectivele terapeutului şi de caracteristicile subiectului.

FUNCȚIILE TERAPIEI OCUPAȚIONALE

Terapeutul ocupațional este preocupat de două aspecte fundamentale şi anume:

a) să realizeze însuşirea de către subiect a unei deprinderi pierdute sau cu un nivel scăzut de funcționare;

b) să contribuie la învățarea de noi deprinderi şi abilități de către subiect, menite să le compenseze pe cele care au dispărut din diverse motive.

În trecut, terapeuții ocupaționali s-au ocupat, de bolnavi cu handicapuri fizice.

În prezent, gama subiecților deserviți de terapeuții ocupaționali s-a lărgit şi s-a diversificat. De aceea activitățile de terapie ocupațională se adresează, în momentul de față, unor subiecți cu:

1) retard mintal;
2) dificultăți de învățare sau;
3) tulburări emoționale;
4) orbilor;
5) surzilor şi celor cu boli mintale.

În țările dezvoltate există puține persoane care au avut probleme de natură fizică, psihică sau emoțională şi care n-au beneficiat în cadrul tratamentului, de măsuri din domeniul terapiei ocupaționale. Treptat, aceste probleme capătă tratarea adecvată şi în țara noastră.

Cadrul instituțional în care se desfăşoară activitățile de terapie ocupațională, este de o deosebită diversitate, el cuprinzând spitale, clinici, centre de zi, şcoli, ateliere, precum şi alte aşezăminte comunitare.

Terapia ocupațională este o specializare care se obține, în multe țări dezvoltate ale lumii, în urma absolvirii unui colegiu cu durata de trei ani.

Spre exemplu, din datele pe care le deținem, în SUA, instruirea în această profesie se desfăşoară pe trei etape:

1) cunoaşterea corpului uman şi a modului său de funcționare, incluzând felul în care se asigură mişcarea organismului, în care se dezvoltă organele senzoriale cu ajutorul cărora o persoană este capabilă să se integreze în mediu;

2) învățarea procedeelor şi tehnicilor adecvate în funcție de diverse handicapuri, accentul punându-se pe selectarea unor scheme de tratament specifice;

3) practica meseriei în diverse instituții, în timpul căreia studentul tratează subiecții sub îndrumarea unui terapeut ocupațional calificat.

Primele două etape se desfăşoară conform standardelor de învățământ stabilite de Asociația Americană de Terapie Ocupațională.

Ultima etapă de studiu se desfăşoară pe parcursul a minim şase luni şi constă, cu precădere, într-un stagiu de practică clinică şi este urmată de susținerea unui examen, care oferă dreptul în caz de promovare, la acordarea calificării în domeniul terapiei ocupaționale. Este demn de subliniat faptul că , în cea de a treia etapă, studentului i se oferă şansa de a aplica cunoştințele însuşite anterior. Astfel, studentul în terapie ocupațională obține deprinderile necesare planificării unor obiective realiste de terapie şi devine capabil să realizeze un program în vederea atingerii obiectivelor sale în cadrul unei situații experimentale.

Concluzionând, putem spune că, *„terapia ocupațională organizează servicii pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor zilnice sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități*

fizice, boli sau dificultăți de natura psihologică sau socială" (Council on Standards – 1972)

CAPITOLUL II

SCURT ISTORIC

Istoria acestei discipline începe cu mii de ani în urmă şi se confundă cu istoria diverselor forme de ocupații cu valențe terapeutice din cadrul dezvoltării istorice a omenirii. Astfel, munca, jocul şi exercițiul, preponderent fizic, au fost folosite cu câteva mii de ani în urmă pentru calitățile lor curative pentru persoanele care le practicau.

Spre exemplu, încă din anul 2600 î.e.n. chinezii credeau că bolile se datorează incapacității organismului şi de aceea recomandau practicarea exercițiilor fizice pentru recuperarea sănătății. Ei utilizau anumite exerciții fizice de gimnastică medicală, numită CONG-FU, considerate ca asigurând prelungirea vieții şi determinând, în acelaşi timp, nemurirea sufletului.

Mai târziu, în Grecia Antică, calitățile exercițiului fizic au fost exemplificate convingător datorită contribuțiilor lui Socrate şi Platon. Aceşti înțelepți ai antichității au pus în evidență relația strânsă dintre starea fizică şi sănătatea mintală. Aristotel la rândul său afirma că educația corpului trebuie să o preceadă pe cea a intelectului. Atenienii foloseau exercițiul fizic, în general, în reuniuni cu caracter social şi cultural, iar spartanii pentru pregătire militară.

Medici precum Hipocrate şi Galenus, recomandau pacienților gimnastica ca formă de recuperare după boală. De asemenea, în Roma Antică, Asclepius pleda pentru masaj, băi şi exerciții în scopul îmbunătățirii sănătății.

Jocul, altă activitate voluntară importantă, reprezintă o altă parte a popoarelor primitive, fapt dovedit de desenele şi sculpturile provenite de

la babilonieni, chinezi, egipteni etc. Spre exemplu inscripțiile egiptene în piatră înfățişează scene de dansuri şi jocuri practice de copii şi adulți, în cadrul sărbătorilor şi festivităților.

Atât egiptenii cât şi grecii, în perioada de dinaintea erei noastre, descriau petrecerea timpului liber cât şi jocul prin mijloace de tratarea afecțiunilor.

Aurelius recomanda un program variat de recuperare pentru convalescenți, care includea plimbări, lectură, aruncarea discului, practicarea actoriei, mergând chiar până la participarea în călătorii pe mare, toate ajutând şi grăbind, în final, vindecarea celor aflați în suferință.

Putem observa că savantul respectiv a prevestit cu mult timp în urmă, domeniile de acțiune şi totodată ramurile de bază ale acestei ştiințe, şi anume artterapia, ergoterapia şi loisirul.

În Evul Mediu jocul a fost interzis de către biserică , care-i reproşa un anumit caracter demonic, pentru ca ,mai târziu, în perioada Renaşterii, valențele sale curative să fie reconsiderate.

Cu privire la munca şi importanța sa, amintim că în Egipt, spre exemplu, chiar şi nobilii erau antrenați în activități productive, cum ar fi, spre exemplu, grădinăritul, iar vechii greci recunoşteau valoarea muncii pentru dezvoltarea fizică armonioasă. Socrate spunea că *„omul trebuie să se îndemne la muncă voluntară şi nu să se scufunde în răsfăț şi plăceri, de vreme ce ele nu aduc nici un beneficiu constituției fizice sau bagajului de cunoştințe”*. (Willard and Spackman`s – Ocupational Therapy, J. P. Lippincott Co. 1983)

Mult mai târziu, în secolele XVIII- XIX, Pinel a inaugurat tratamentul prin muncă (care se va numi mai târziu ergoterapie), ca primă aplicație practică a terapiei ocupaționale. Metoda sa, a fost introdusă în azilul pentru bolnavi psihici Bicetre, a fost mai târziu descrisă într-o carte

din 1801, ca fiind o combinație de *„exerciții fizice şi prescripții manuale”*.[3]

În aceeaşi lucrare savantul francez, considera că reîntoarcerea pacienților săi la profesiile avute anterior bolii reprezintă proba cea mai bună a recuperării lor.

În Germania, Christian Reil, recomanda şi el tratamentul prin muncă al bolnavilor psihici, combinat cu participarea acestora la creația artistică.

În secolul următor, Samuel Tuke, În Anglia, în cadrul azilului de bolnavi psihici din York, a continuat activitatea predecesorilor săi Pinel şi Reil, acordând ergoterapiei un rol esențial în tratarea bolnavilor psihici recuperabili.

În 1840 apare cartea lui F. Leuret, intitulată „Despre tratamentul moral al bolilor psihice”, în care exaltă virtuțile terapiei ocupaționale sub toate aspectele sale, considerând că „exercițiul, drama, muzica şi lectura sunt surori ale muncii manuale”, ale căror efecte se cumulează la pacient.[4]

În S.U.A., Thomas Story Kirkbride, a dezvoltat, la spitalul din Pennsylvania, un program de tratarea pacienților pe baza unor procedee specifice terapiei ocupaționale, în care erau folosite meşteşuguri, activități de autogospodărirea spitalului, până la activități distractive.

În general, secolele XVIII—XIX, medicii, cu predilecție cei cu preocupări în domeniul psihiatriei, au fost specialişti care au aplicate în activitatea lor metode şi procedee specifice terapiei ocupaționale, destinate tratării diverselor categorii de bolnavi psihici.

Foarte puțini autori s-au dedicat studierii şi tratării persoanelor handicapate cu metode specifice acestei discipline.

3

4

Începând cu secolul nostru, terapia ocupațională se dezvoltă spectaculos grație progreselor substanțiale ale cunoaşterii umane şi se constituie, în final, într-o ştiință, clar delimitată, cu teorii obiective, metode şi procedee specifice.

Contribuția substanțială la procesul de transformare a terapiei ocupaționale în ştiință au adus-o în mod deosebit, specialiştii din S.U.A. şi din țările Europei de Vest.

În S.U.A., fondatorii acestei ştiinței sunt considerați A. Mayer, E.Tracy, H.J. Hall, W.R. Dunton, E.C. Slagle şi G.E. Barton.

A. Mayer afirmă că *„petrecerea timpului în mod corespunzător, prin activități utile şi care determină recompensarea pacientului, pare a fi un aspect fundamental al tratamentului pacientului neuropsihiatric”*. (Willard and Spackman`s – Occupatinal Therapy – J.P.Lippincott Company, Philadelphia, 1983).

S.E. Tracy, în manualul său „Studiu asupra ocupațiilor indivizilor”, descrie metode de învățarea unor activități speciale spre ameliorarea unor maladii diverse, practicabile într-o varietate de situații de desfăşurare a procesului terapeutic (acasă, ateliere, spitale etc.)

H.J. Hall, în lucrarea sa „Lucrul cu propriile noastre mâini”, scrie că *„îmbinarea preocupărilor mentale cu activitatea manuală reprezintă un factor puternic în menținerea sănătății fizice, mentale şi morale, atât pentru individ, cât şi pentru comunitate.”* (ibidem). El diviza ocupațiile în două categorii:

a) ocupații pentru amuzament sau distracții;

b) ocupații de remediere, cu valoare terapeutică şi economică.

W.R. Dunton, nuanțează şi aprofundează conceptul de activitate practică în cadrul terapiei ocupaționale. Scopul principal al acesteia fiind „de a devia atenția pacienților de la subiecte neplăcute, de a păstra

gândirea pacientului pe coordonate sănătoase, de a controla atenția, de a asigura odihna, de a educa procese mentale, prin educarea mâinilor, ochilor, mușchilor, de a oferi o posibilă nouă vocație."

E.C. Slagle organizează în Chicago un curs de terapie ocupațională pentru personalul din spitale unde participanții erau învățați diverse jocuri, meşteşuguri şi modalități de cultivare a aptitudinilor pacienților cu care lucrau. Acestea reprezentau adevărate „*metode pentru a învăța pacienții aşa cum profesorii îi învață pe copii din şcoală să-şi folosească împreună mâinile şi mintea."* (ibidem).

G.E. Barton renunța la terminologia diversă sub care era prezentată activitatea practică de care predecesorii şi introduce, pentru prima dată, în 1914 conceptul de terapie ocupațională. El defineşte terapia ocupațională ca fiind *„ştiința instruirii şi încurajării omului bolnav de a practica anumite activități, ce sunt destinate implicării acelor energii ce produc efecte terapeutice benefice."* (ibidem)

Momentul transformării terapiei ocupaționale într-o profesie este legat de perioada de sfârşit a primului război mondial.

Atunci s-a constatat că, răniții internați în spitalele americane, care solicitau să presteze diferite activități, erau recuperați mult mai rapid comparativ cu cei care rămâneau inactivi. S-a demonstrat, în final, prin rezultatele eficiente obținute în numeroase cazuri că activitatea grăbeşte refacerea fizică şi psihică a organismului uman traumatizat.

Necesitatea organizării multitudinii de specialişti interesați în a oferi, ca tratament, activități practice tot mai diversificate, a determinat construirea, în 1917, a „Societății Naționale pentru promovarea terapiei ocupaționale".

Obiectivele specificate în statutul organizației vizau, în primul rând a) dezvoltarea activității practice ca măsură terapeutică;

b) studierea efectelor activității practice asupra ființei umane,

c) popularizarea cunoştinţelor ştiinţifice asupra acestui subiect.

În 1923 organizația s-a transformat în ASOCIAȚIA AMERICANĂ DE TERAPIE OCUPAȚIONALĂ, nume pe care îl poartă şi în prezent.

Organizația nou creată a elaborat un set nou de reguli şi principii, precum şi o definiție generală a terapiei ocupaționale. Conform definiției adoptate terapia ocupațională este „*acea metodă de tratament prin mijloace de instruire şi angajare a pacienților în activitățile productive."* Această definiție este folosită şi în prezent de majoritatea organizațiilor profesionale de terapie ocupațională din lume.

După primul război mondial, o contribuție importantă la clasificarea metodologiei şi a principiilor terapiei ocupaționale a adus-o Bird Baldowin. Specialistul american a arătat că, cel mai eficient tip de terapie ocupațională este acela care, necesită o serie de mişcări voluntare, specifice, implicate în practicarea unor meserii obişnuite în pregătirea fizică, joc sau activitățile vieții cotidiene.

Tot pe linia clasificărilor teoretice determinate, în special, de progresele medicinii dintre cele două războaie, trebuie amintite şi contribuțiile ştiințifice, deosebit de valoroase, ale lui Clare S. Spackman. Acesta arăta, într-o lucrare cu privire la funcția de bază a terapiei ocupaționale că, aceasta consta în tratarea pacientului în situații stimulate de viața la domiciliu sau de muncă.

Un alt moment important în dezvoltarea acestei ştiințe, în plan mondial, a avut loc în 1952. Atunci s-a constituit FEDERAȚIA MONDIALĂ DE TERAPIE OCUPAȚIONALĂ, ai cărei membrii fondatori au fost, la început, specialişti din 10 țări:S.U.A., Canada, Marea Britanie, Africa de sud, Suedia, Australia, Noua Zeelandă şi India.

Întâlnirea de constituire a federației a avut loc la Liverpool şi cu această ocazie a fost elaborat şi statutul organizației.

Primul congres al federației a avut loc în 1954, la Edinburgh. La această întâlnire au participat 400 de reprezentanți din cele 10 țări fondatoare.

Acest eveniment ştiințific deosebit a dat un nou impuls dezvoltării acestei discipline, printr-o strânsă cooperare internațională între specialiştii ce activau în domeniu. În 1959 federația a fost afiliată la OMS:

În anii din urmă terapia ocupațională, grație progreselor medicinii, s-a transformat tot mai mult în ştiință exactă.

Serviciile oferite de terapia ocupațională, în spitale, s-au diversificat şi au luat o amploare deosebită. Ele au început să se adreseze nu numai handicapaților fizici, ci şi altor categorii de handicapați sau cu afecțiuni medicale. Pentru aceşti subiecți s-a pus accentul pe recuperarea lor profesională şi socială şi pe găsirea unor modalități adecvate de petrecere a timpului liber.

În zilele noastre profesia de terapeut ocupațional a evoluat datorită tehnicilor din ce în ce mai sofisticate şi echipamentelor moderne folosite.

În prezent a luat o amploare deosebită activitatea de cercetare cu privire la descoperirea şi aplicarea unor noi metode şi procedee de tratament.

Aceste aspecte au impus noi standarde în pregătirea sistematică a specialiştilor, ținând seama de spectrul larg al adresabilității subiecților, de la copii la vârstnici şi la locul de desfăşurarea al activităților preconizate, de la spitale, şcoli, centre de zi până la cămine de bătrâni.

În majoritatea țărilor lumii au fost organizate, în zilele noastre, colegii de trei ani pentru pregătirea în domeniul terapiei ocupaționale, în

unele dintre ele organizându-se chiar şi cursuri universitare, la nivel de studii aprofundate şi doctorat în acest domeniu de activitate.

În țara noastră, dezvoltarea terapiei ocupaționale se află încă într-o fază incipientă. S-au obținut totuşi anumite progrese, grație activității unor medici psihiatri sau specialişti în recuperarea fizică, ce-şi duc activitate în diverse spitale sau centre de tratarea pacienților cu afecțiuni loco-motorii.

De asemenea, terapia ocupațională figurează printre activitățile de învățământ ele educatorilor din învățământul special. Cu toate aceste succese obținute în domeniul terapiei ocupaționale, în instituțiile şcolare, se resimte lipsa unor specialişti anume calificați pentru această activitate.

În concluzie, evoluția conceptelor legate de terapia ocupațională a suferit schimbări importante pe parcursul dezvoltării istorice a societății. În ciuda modificărilor intervenite, putem deosebi totuşi, patru elemente comune care şi-au păstrat actualitatea permanentă, implicit sau explicit în majoritatea teoriilor de care ne ocupăm.

Acestea sunt, după Willard şi Spackman:

1. utilizarea ocupației sau a activității voluntare poate influența starea de sănătate a individului;
2. indivizii au capacitarea lor de adaptare şi funcționare normală şi trebuie priviți în relație cu mediul în care trăiesc, iar acțiunea terapeutică ce li se adresează trebuie să ia în considerare factorii sociali, psihologici şi fizici;
3. relațiile interpersonale reprezintă un factor important al procesului de terapie ocupațională;
4. activitatea de terapie ocupațională constituie un sprijin pentru alte tipuri de acțiuni recuperatorii şi trebuie desfăşurată în cooperare cu alte categorii de specialişti, în echipe interdisciplinare, pentru a se putea asigura efectul maxim al unui program complex de terapie.

Pedalând pe îmbunătățirea calitativă a existenței persoanei încă din cele mai vechi timpuri, terapia ocupațională a rămas, până în prezent, o „știință” şi o „artă” fundamental implicată în recuperarea şi adaptarea persoanelor, aflate în dificultate, la societatea în care trăiesc.

CAPITOLUL III

INFLUENȚA OCUPAȚIILOR ASUPRA DEZVOLTĂRII UMANE

Semnificația conceptului de ocupație este aceea de, activitate practică voluntară, fundamentală pentru ființa umană.

Dezvoltarea istorică a culturii şi civilizației umane a cunoscut o diversitate de activități ocpuaționale. Mai simplu spus, fiecare epoca a avut propriile forme de ocupații predominante, care s-au modificat odata cu trecerea într-o nouă perioadă istorică.

Putem afirma că, ocupațiile, ca activități umane fundamentale, sunt importante pentru om prin faptul că-I ocupă majoritatea timpului său de viață. Ele au drept obiectiv general explorarea mediului existențial, răspunzând în acest fel unei nevoi fundamentale a omului.

*"Ocupația reprezintă deci activitatea dominantă a ființei umane, ce include comportamente serioase şi productive, dar şi comportamente ludice, creatoare sau festive. Este rezultatul proceselor evolutive culminând cu trebuința biologică şi socială pentru activitatea ludică şi productivă***."** (Willard şi Spackman – "Ocupational Therapy", cap.III).

În cadrul terapiei ocupaționale s-a încercat definirea şi clasificarea formelor de ocupații majore ale ființei umane. Majoritatea specialiştilor, atât din domeniul medical, cât şi din cel educațional, consideră că principalele forme de ocupații ale ființei umane sunt munca, jocul şi activitățile de viață cotidiană.

1.Activitățile de muncă, este necesar să includa, în general, toate formele de activități productive, indiferent dacă sunt recompensate sau

nu. Activităţile productive sunt cele care oferă bunuri sau servicii, cunoştinţe sau idei, contribuind în final, la progresul societăţii. Ele determină dezvoltarea personalităţii în ansamblul său. Activităţile de muncă, prin specificul lor, contribuie la structurarea statutului şi rolului persoanei, recunoscut din punct de vedere social. Acest fapt determină instaurarea unui echilibru psihic care duce la creşterea încredereii în sine şi contribuie, în final, la instaurarea unei autoestimări pozitive, cu efecte benefice asupra persoanei. (**Determină instaurarea unei imagini de sine pozitive).**

Munca cu ajutorul uneltelor, ajută la dezvoltarea membrelor superioare şi contribuie la progresul capacităţilor de coordonare individuale, ducând la luarea în stăpânire a mediului.

(Dezvoltă procesele senzoriale şi cognitive).

Efectele pozitive ale activităţilor de muncă sunt vizibile , mai ales la handicapaţi. Recuperarea deficienţelor acestora, este necesar să cuprindă activităţi de muncă şi profesionalizare, încă din fragedă copilarie, de pe băncile şcolii, iar mai târziu, în cazul imposibilităţii integrării într-o profesiune, este necesar să fie menţinuţi în cadrul unor activităţi de ergoterapie.

În general, fără activităţi de natură ocupaţională, personalitatea umană, indiferent dacă este handicaptă sau nu, regresează, fapt care poate afecta, în final, însăşi dezvoltarea speciei umane.

În prezent, în cadrul exploziei informaţionale din domeniul stiinţei şi tehnicii, asistam la aparitia unor noi profesii, care solicita, la randul lor, forme de ocupatie variate. Cerintele fata de munca sau schimbat şi dezvoltat. Acestea la randul lor, reclama instaurarea unor noi cerinte fata de desfasurarea activitatilor de munca, iar aceasta situatie provoaca schimbari in capacitatile indivizilor, implicate in adaptarea la un mediu de

existenta din ce in ce mai sofisticat. In rezumat, specialistii considera ca, in perioda actuala, asistam la insusirea de noi tipuri de ocupatii care conduc la dezvoltarea unor personalitati complexe, cu nivel din ce in ce mai ridicat de dezvoltare al deprinderilor, aptitudinilor şi capacitatilor implicate in adaptarea sociala.

2. Utilizarea jocului, ca activitate organizata, de terapie ocupationala a fost subliniata de cercetarile a numeroşi specilaisti psihologi, pedagogi şi terapeuti ocupationali.

Rolului important pe care il detine jocul pentru dezvoltarea senzoriala, motrica, cognitiva şi sociala a copilului, este pus in evidenta de lucrarile unor psihologi de renume, cum ar fi , de exemplu, Piaget, Chateau, Wallon, s.a.m.d.

Introducerea jocului, ca metoda, este cu atat mai importanata cu cat copiii cu deficiente, in special cei institutionalizati au mai putine posibilitati de a se juca. " Jocul solitar işi aduce doar o mica contributie la dezvoltarea acestor copii, şi doar prin jocul in grup ei pot obtine stimularea necesara pentru o dezvoltare optima." (S.Ionescu – "L'intervention en defficience mentale", Pierre Mardaga , Ed. Bruxelles, 1997)

Jocul, ca activitate, este constituit dintr-o gama diversa de actiuni şi comportamente ludice specifice, care se desfasoara de la varsta copilariei pana la batranete.

La varsta copilariei, comportamentele ludice au un caracter manipulativ, explorator şi creativ. In adolescenta, acestea se transforma in sporturi, competitii, ritualuri şi hobby-uri. La maturitate, cresc in importanta comportamentele specifice jocurilor de societate. La batranete acestea se transforma in principala modalitate de comportament

ocupational al existentei (practicarea jocurilor de societate: carti, table etc.)

Practic, putem spune ca jocurile reprezinta principala activitate a copilului şi revin in actualitate, in forma schimbata in perioadele de regresie ale vietii.

Prin functiile lor activitatile ludice detin un rol esential in socializarea persoanei, in vedera integrarii ei optime in societate.

3.Activitatile de viata cotidiana cuprin o gama larga de actiuni necesare asigurarii adaptarii persoanei la mediul sau de viata. Acestea pot include formarea de comporatamente implicate in autoingrijirea locuintei, igiena personala, precum şi folosirea serviciilor din comunitate.

Prin toate activitatile de acest gen se asigura, in fond, realizarea sarcinilor curente ale existentei, absolut indispensabile, supravietuirii individului.

Putem sa ne reprezentam comportamentele ocupationale ca functionand de-a lungul unei linii continue, care ne ajuta sa le diferentiem intre ele.

Pe aceasta axa, comportamentele ocupationale se desfasoara in cupluri antagonice: serios- frivol, public-particular, productiv-nefolositor, formal-informal. La unul din capete se afla comportamentele ludice care sunt percepute frecvent ca fiind frivole aparent, nefolositoare, particulare şi informale. La celalalt capat se afla comportamentele serioase, folositoare, publice şi formale, reprezentate de munca. Sarcinile traiului zilnic ale unei persoane, se afla situate intre cele doua extremitati.

Ocupatia, din punct de vedere al domeniului terapiei ocupationale, poate fi analizata prin prisma a trei caracteristici fundamentale de natura:

1) bilogica

2) psihologica
3) sociala

1)Ocupatia are un rol de baza in mentinerea şi dezvoltarea suportului biologic al oricarui organism uman.

Dezvoltarea omului este posibila datorita schimbarilor permanente ce au loc in structura biologica a organismului sau. Astfel, sistemul nervos şi cel muscular se dezvolta in urma stimularii sale permanente prin intermediul diverselor forme de activitate desfasurate de copil, inca de la varstele cele mai fragede. In aceasta perioada, organizarea unor activitati ludice cu finalitate terapeutica constituie modalitatea optima de interventie, aflata la indemana specialistului. La varsta adulta se pune problema conservarii functiilor biologice la nivel optim pe o perioada cat mai lunga de timp posibil. Longevitatea varstnicilor este strans legata de mentinerea lor in diverse forme de activitate pentru petrecerea timpului liber excedentar.

Spunem aceasta, deoarece a fost demonstrat stiintific faptul ca, exercitiile fizice, de exemplu, au efecte pozitive asupra circulatiei sanguine sau alergarea amelioreaza starile depresive ale indivizilor. Rezultatele a numeroase cercetari au acreditat ideea dupa care, intre functiile biologice şi cele psihice ale organismului, exista o stransa corelatie.

In cadrul organismului uman, aceste functii se influenteaza reciproc, sfarşind prin a se integra intr-o maniera originala, in fiecare individ in parte.

2) Influenta ocupatiilor in plan psihologic este, de asemenea, un proces deosebit de complex, deoarece practic nu exista activitatea care sa nu determine schimburi in plan psihic.

Omul se construieste pe sine şi schimba mediul din care face parte prin activitatea voluntara dirijata.

Schimbarile in plan psihic sunt realizate, in principal, prin intermediul activitatilor ludice, a celor de munca şi artistice.

Principalele deprinderi şi activitati ale copilului se construiesc prin intermediul jocului. Prin practicarea activitatilor ludice, copilul invata mai intai sa manipuleze obiectele inconjuratoare, işi dezvolta miscarile pentru ca, mai apoi, sa-şi insuseasca principalele reguli ale unor activitati şi sa-şi inteleaga notiunile de statut şi de rol social.

Pentru devenirea sa ulterioara, deosebit de importanta este antrenarea sa in, jocuri cu reguli ce contribuie la disciplinarea sa şi la intelegerea semnificatiilor exacte ale unei activitati desfasurate in comun.

La aceasta am putea adauga organizarea de jocuri dramatice cu deosebit importanta socializarea sa.

Educatorul este necesar sa sprijine copiii in organizarea unor jocuri cat mai variate şi antrenante, care sa trezeasca interesul acestora şi sa contribuie la cresterea coeziunii grupului din care face parte.

El trebuie sa aiba permanent in vedere ca prin joc se dezvolta imaginatia şi creativitatea copilului datorita rezolvarii problemelor curente, izvorate din activitatea concreta pe care el o desfasoara. In sfarşit, tot prin organizarea de activitati ludice, terapeutul poate contribui substantial la redarea increderii in fortele proprii ale copilului, la instaurarea unor sentimente tonice pentru activitate şi la construirea unei imagini de sine pozitive.

Munca, la randul ei, ii furnizeaza individului elemenete esentiale ale propriei imagini şi sentimentul respectului de sine, aflate in stransa legatura cu pozitia sa in ierarhia profesionala.

Sentimentele de satisfactie sau insatisfactie aparute in urma desfasurarii unei activitati productive, reprezinta o conditie principala a echilibrului sau psihic. Succesul, in plan profesional şi material obtinut in concordanta cu modelele sociale existente, este un element esential al evaluarilor realizate de psihiatria moderna. Insuccesul profesional constituie adesea o explicatie convingatoare pentru instaurarea, la un individ, a pierderii respectului de sine şi a dezorientarii. La aceasta se mai poate adauga şi tendinta actuala de dezintegrare a ocupatiilor traditionale şi aparitia unora noi pentru care individul este insuficient pregatit. Procesul tranzitiei catre economia de piata, prin mutatiile produse pe planul activitatilor profesionale, este un exemplu graitor in acest sens.

Aparitia la noi in tara a somajului, a indepartarii indivizilor de activitatea de munca in jurul careia se organiza intreaga lor existenta anterioara, ridica noi probleme legate de aparitia fenomenelor de stess şi alienare care le insotesc frecvent. Incidenta acestor aspecte negative este mai frecventa la persoanele handicapate, aflate printre primele excluse de la activitatea productiva.

In aceasta situatie, in fata terapiei ocupationale se pun noi probleme legate de mentinerea acestor persoane in diverse forme de activitate şi inlaturarea comportamentelor deviante aparute in urma lipsei de activitate. Odata cu progresul social, in perioda contemporana a crescut şi durata de a organiza cat mai judicios activitatile recreationale de loisir ale persoanelor normale sau handicapate. Spunem aceasta deoarece privarea indivizilor de activitati recreationale corespunzatoare duce la consecinte psihologice nefaste, care merg de la erodarea

competentei profesionale pana la instaurarea sentimentelor de frustrare şi insatisfactie fata de existenta in ansamblul ei.

Rezolvarea din punct de vedere institutional a acestei probleme consta in crearea de centre de zi pentru handicapati şi zilnici, unde ei pot fi mentinuti in continuare, in activitati de natura ocupationala. Aplicarea acestei solutii in tara noastra se izbeste, deocamdata, de numeroase constrangeri de ordin financiar institutional (lipsa de spatii adecvate şi aparatura şi echipamente) şi social (lipsa specialistilor calificati).

3) Dimeniunea sociala a ocupatiei se refera, in principal, la impactul ocupatiei asupra structurii, deprinderilor şi comportamentelor sociale ale individului.

Aceasta dimensiune a ocupatiei poate fi ocupata de asemenea, prin prisma influentelor pe care le exercita activitatile ludice şi munca asupra formarii competentei sociale.

Jocul indeplineste printre altele functia de pregatire a copilului pentru viata adulta, in cadrul unor diversitati de grupuri sociale (scolar, familiar, de loisir, s.a.m.d.) Aceasta deoarece, sistemul de valori, obiceiurile, traditiile şi modalitatile de interactiune interpersonale, se reflecta in caracteristicile jocului unui copil, dintr-o cultura sau alta.

Activitatile ludice poseda functia esentiala de crestere a capacitatii de adaptare sociala a copilului. Jocurile adultului, de tipul, de societate, familiare, mergand pana la cele rituale, sunt esentiale pentru mentinerea existentei sociale.

“Cand jocurile incep sa-şi schimbe compozitia, aceasta poate semnala ca se apropie o schimbare culturala negativa. In acest sens, este semnificativ faptul ca indivizii care se simt alienati social gasesc, deseori,

vacantele şi sarbatorile intolerabile". (Willard şi Spackman, "Ocupational Therapy, pag 38).

La randul ei, munca constituie o activitate cu caracter eminamente social. Varietatea profesiilor aparute, a condus la distribuirea unor sarcini diferite pentru fiecare individ in parte. Distributia este facuta conform cu varsta, sexul , pregatirea, aptitudinile şi pozitia sociala ocupata de fiecare persoana. Drept consecinta, adultul capata, in urma exercitarii ei sentimentul propriei valori şi de apartenenta la un grup social şi profesional.

Rolul terapeutului ocupational, pe directia sprijinirii şi maturizarii sociale a indivizilor, se poate exprima, fie prin implicarea acestora in actiuni sociale cat mai diversificate, fie prin acordarea de asistenta grupurilor sociale, , in vedera integrarii unor persoane cu dificultati de adaptare sociala.

Principalele caracteristici ale ocupatiei, (biologice, psihologice şi sociale), trebuie sa se regaseasca in proiectarea planului terapeutic, in ansamblul sau. In acest sens, este necesr sa se aiba permanent in vedere urmatoarele aspecte esentiale:

- - deoarece ocupatia este deosebit de importanta pentru adaptarea la mediu, intreruperea sau absenta ei reprzinta o amenintare pentru sanatatea individului
- cand diverse maladii, deficiente sau conditii sociale defavorabile au afectat sanatatea biologica şi psihica a individului, ocupatia constituie un mijloc eficient de reorganizare comportamentala" (dupa Willard şi Spackman, pag.39)

Este evident , in viata fiecarei persoane, faptul ca intreruperea brusca a unor forme ocupationale, determina tulburari de natura biologica şi psihica. Spre exemplu, incetarea unor activitati de munca

fizica sau sportive, conduce la deteriorarea motricitatii generale a organismului, deci la scaderea functiilor sale biologice, care in plan psihic pot genera manifestari caracteristice stress-ului, concretizate prin iritabilitate sau depresii.

In aceste situatii se recomanda ca, terapeutul sa intervina prin organizarea altor categorii de activitati de natura ocupationala, menite sa le inlocuiasca pe cele pierdute. In acest mod pot fi tratate cu succes disfunctiile biologice şi psihologice aparute. (de exemplu: situatia sportivilor).

In concluzie, specialistii recomanda efectuarea unor studii aprofundate asupra caracteristicilor structurii şi dinamicii ocupatiilor, asigurandu-se, in felul acesta, dezvoltarea terapiilor ocupationale utilizate pentru rezolvarea problemelor existentiale pentru toate categoriile de persoane.

CAPITOLUL IV

DESFĂŞURAREA PROCESULUI DE TERAPIE OCUPAȚIONALĂ

Actiunea terapeutului se bazeaza, pe scurt, pe conceptia, dupa care activitatile practice, voluntare (ocupationale), desfasurate de subiect, determina dezvoltarea personalitatii, fapt ce, in final, duce la o mai buna adaptare a sa la mediu.

Pentru realizarea acestui scop general terapeutul proiecteaza anumite programe de interventie, realizate prin intermediul unor activitati de munca, joc, şi viata cotidiana, menite sa provoace la subiect formarea sau cresterea performantelor sale din sfera senzorio-motorio, cognitiva şi psihosociala.

Interventia, cu mijloacele specifice terapiei ocupationale, urmareste urmatoarele obiective generale:

1) Dezvoltarea, mentinerea şi recuperarea nivelului de functionare al fiecarei persoane pe cat mai mult posibil;
2) Compensarea deficientelor functionale prin preluarea functiilor afectate de catre componentele valide ale persoanei;
3) Prevenirea destructurarii anumitor functii ale organismului;
4) Introducerea unei stari de sanatate şi incredere in fortele proprii ale persoanei.

Un plan de interventie din domeniul terapiei ocupationale la handica-pati trebuie sa cuprinda, in detaliu, activitati din cele trei domenii fundamentale de actiune.

- Astfel, activitatile de viata cotidiana este util sa cultive actiuni cum ar fi, spre exemplu, pieptanatul, spalatul dintilor, imbracare, hranire sau formarea expresiei sociale
- Activitatile de ergoterapie pot include ingrijirea hainelor, pregatirea mesei, intretinerea casei, planificarea financiara, cultivarea deprinderilor de munca, maturizarea social-vocationala, pana la planificarea existentei dupa pensionare;
- Activitatile de joc şi loisir cuprind, in principal, explorarea diverselor categorii de jocuri accesibile persoanei, precum şi obtinerea de performante ridicate in anumite jocuri şi distractii, mergand pana la trezirea interesului subiectului pentru anumite hobby-uri, colectii, inclusiv din domeniul artistic.

Cum am mai aratat, interventia, organizata pe directiile amintite, determina formarea la un individ de deprinderi, aptitudini şi capacitati conform cu scopul urmarit. Aceste modificari provocate vizeaza componentele senzorio-motorii, cognitive sau sociale ale persoanei.

A) **Modificarile din componenta senzorio-motorie se refara la**:

1)-integrarea senzoriala cu accent pe dezvoltarea sensibilitatii, formarea pereceptiilor chinestezice, a schemei corporale, localizarea spatiala, s.a.m.d.

2)-zona neuro-musculara, care cuprinde realizarea reflexelor, a tonusului muscular, dezvoltarea lateralitatii, cultivarea motricitatii generale, şi fine, etc

3)-controlul şi coordonarea miscarilor, in general, şi a miscarilor articulatorii implicate in folosirea limbii, in particular.

B) **Exersarea componentelor cognitive** urmareste dezvoltarea activitatilor de cunoastere, in ansamblul lor, orientarea in spatiu şi timp,

activarea atentiei şi memoriei, formarea notiunilor, rezolvarea de diverse probleme şi sinteza, generalizarea invatarii subiectului.

C) **Educarea componentelor psiho-sociale ale persoanei** se refera la: asumarea de roluri şi de valori, cultivarea de interese, folosirea individuala a conceptelor, imbunatatirea relatiilor sociale, formarea abilitatilor implicate in sustinerea unei conversatii (formarea deprinderilor de autogospodarire) şi a capacitatilor de autocontrol in activitate.

Procesul de terapie ocupationala are drept scop rezolvarea problemelor specifice ale subiectului pentru a-l ajuta sa realizeze o adaptare optima la mediul sau de viata.

Procesul de terapie ocupationala este deosebit de complex, iar desfasurarea sa, in mod stiintific, necesita parcurgerea urmatoarelor etape:

1 – evaluarea şi interpretarea nevoilor subiectului;

2 – planificarea interventiei;

3 – selectionarea şi adaptarea echipamentelor folosite;

4 – inregistrarea şi aprecierea progreselor realizate.

1.**Evaluarea**, in terapia ocupationala, este un proces planificat in scopul obtinerii unei imagini cat mai exacte asupra nivelului de functionare al unei persoane.

Obiectivul general al oricarei evaluari consta in strangerea de informatii necesare, care sa sprijine subiectul in atingerea unui nivel maxim de functionare al capacitatilor sale.

In primul rand, evaluarile generale sunt realizate de catre psihologi. Metodele folosite sunt cele specifice psihologiei: observatia, interviul, chestionarele şi testele psihologice. Se folosesc, de asemenea, o serie de

teste standardizate pentru studierea unor procese psihice particulare, precum şi scarile de dezvoltare şi de comportament. Mai nou, este folosita şi tehnica inregistrarilor video, cu ajutorul careia se poate stabili nivelul de dezvoltare al unor deprinderi in mediu natural, asigurandu-se o mai mare fidelitate informatiilor dobandite pe aceasta cale.

In al doilea rand, evaluarile pot fi facute de insuşi terapeutul ocupational. Se pot folosi in acest sens teste standardizate pentru terapia ocupationala sau liste de control, specifice domeniului.

Listele de control masoara nivelul performantei atins de subiect in realizarea unei activitati sau comportament, care intra in sfera de preocupari a terapeutului ocupational.

In paralel cu aplicarea acestor probe este util ca terapeutul sa faca apel şi la metoda observatiei, care-i poate oferi date concludene despre dezvoltarea sociala a subiectului şi caracteristicile relatiilor sale interpersonale.

In evaluarea unui copil handicapat un terapeut este necesar sa urmareasca cateva aspecte, şi anume:

- a) – nivelul motricitatii generale şi fine, care se refera la caracteristicile miscarilor corpului in ansamblu, precum şi caracteristicile miscarilor de aprehensiune si manipulare, implicate in taiat, colorat, scriere, etc.;
- b) – nivelul de dezvoltare al perceptiei miscarilor, care se refera, in principal, la receptia şi decodificarea stimulilor prin toate categoriile de analizatori-vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, kinestezic proprioceptiv – şi la coordonarea miscarilor;
- c) – nivelul de dezvoltare al aptitudinilor cognitive, sociale şi de comunicare, care se refera la caracteristicile interactiunilor interpersonale ale subiectului in diverse situatii, precum şi la modul in

care intelege comenzile şi instructiunile verbale; foloseste formulele de politete, etc.

- d) – caracteristicile activitatilor de viata cotidiana, care include studierea deprinderilor implicate in igiena personala şi autoingrijire (a manca, a se imbraca, a-şi intretine locuinta).

In realizarea evaluarii pe ansamblul sau, terapeutul ocupational, este util sa culeaga informatii şi de la alte categorii de profesionisti, in afara psihologilor, cum ar fi medicii, profesorii, asistentii sociali, s.a.m.d. Deosebit de utila este şi angrenarea familiei persoanei, in vederea culegerii de date şi informatii din mediul extern.

2. Planificarea interventiei consta in stabilirea unui program terapeutic din diverse domenii de actiune ale terapiei ocupationale, care trebuie sa tina seama de nivelul educational al subiectului, caracteristicile deficientei, statutul prezent, mediul cultural in care traieste şi motivatia sa pentru schimbare.

Aceasta faza se poate divide, la randul ei, in mai multe etape distincte:

A - alegerea obiectivelor;
B - elaborarea planului terapeutic;
C - aplicarea planului in practica.

A. Dupa incheierea evaluarii, se presupune ca terapeutul detine o imagine exacta asupra profilului de personalitate al subiectului sau. Urmatorul pas consta in **alegerea obiectivelor** care trebuie urmarite in cadrul planului terapeutic.

In stabilirea **obiectivelor** este util sa se tina seama de o serie de factori, ca de exemplu:

a) – nevoile şi dorintele subiectului;
b) cunostintele legate de sistemul de valori al subiectului;
c) informatiile existente referitoare la maladie sau handicap, cu consecintele lor pe plan fizic şi psihic;
d) cunostintele legate de metodele de terapie ocupationala şi medicala existente la momentul respectiv;
e) informatiile disponibile despre mediul pentru care subiectul urmeaza sa fie pregatit educational, profesional sau comunitar;
f) scopurile şi cadrul general al programului de recuperare, multidisciplinar, in care persoana urmeaza sa fie integrata.

Obiectivele se pot clasifica, la randul lor, in:

1. obiective pe termen lung;
2. obiective pe termen scurt.

Formularea acestora trebuie sa se exprime in termeni cat mai concreti, cuantificabili şi masurabili.

Exemplu de obiective pe termen lung, cu redactari mai generale, pot fi: „Copilul va fi pregatit pentru o buna integrare sociala" sau „Copilul işi va exersa anumite deprinderi folositoare pentru viitoarea sa pregatire profesionala".

In cadrul obiectivelor pe termen lung se pot formula obiectivele pe termen scurt sau obiectivele operationale, cum mai sunt numite acestea din urma. Un astfel de exemplu ar fi: „Copilul trebuie sa realizeze corect o operatie de taiere cu ajutorul panzei de bonfaier".

In general, obiectivele pe termen lung se aleg din sfera domeniilor fundamentale ale terapiei ocupationale, iar cele pe termen scurt se stabilesc in functie de activitatile care li se subsumeaza.

Trecerea de la un obiectiv pe termen lung, mai general, este conditionata de realizarea obiectivelor pe termen scurt, particular, operational.

In sfarşit, este util ca la stabilirea obiectivelor generale sa se realizeze consultarea unor specialisti din diverse domenii care, prin colaborare interdisciplinara sa le transpuna in practica. Putem vorbi aici despre o conlucrare, cu mijloace specifice, dintre terapeuti ocupationali, educatori, profesori, defectologi de cultura fizica medicala, instructori, medici, psihologi, asistenti sociali, s.a.m.d.

Este consultat insuşi subiectul şi parintii acestuia, care pot constitui un sprijin eficient in continuitatea exercitiilor prevazute in cadrul activitatilor la domiciliu.

B) **Elaborarea planului terapeutic** se refera la descrierea metodelor şi procedeelor care se folosesc pentru atingerea obiectivelor stabilite. El cuprinde sinteza activitatilor desemnate in vederea realizarii unui nivel de performanta al functionarii deprinderilor şi capacitatilor ueni persoane.

Planul este necesar sa fie stabilit in functie de anumite obiective pe termen scurt, pentru a putea a fi schimbat cu usurinta, in cazul in care o evaluare intermediara poate demonstra lipsa lui de viabilitate.

In rezumat, deci, principalele caracteristici ale unui plan teraputic trebuie sa fie flexibilitate şi mobilitatea, adaptate in functie de progresele realizate de cel caruia i se adreseaza.

C) **Aplicarea planului terapeutic** consta in desfasurarea urmatoarelor faze distincte: (dupa Willard şi Spackman – Occupational Therapy, cap.5)

- 1 – faza orientarii – in care terapeutul explica subiectului activitatea care urmeaza s-o desfasoare impreuna, tipul performantelor dorite şi descrie sau demonstreaza modalitatile lor de realizare practica;
- 2 – faza dezvoltarii – in timpul careia terapeutul conduce subiectul in explorarea şi practicarea efectiva a activitatii alese;
- 3 – faza finala – in care terapeutul evalueaza performantele obtinute de subiect in activitate şi stabileste obiectivele viitoare (evaluare criteriala)

Se recomanda ca procedurile de evaluare sa se extinda la ultimele doua faze, prezentate anterior, in vederea verificarii permanente a relevantei obiectivelor prestabilite şi a eficacitatii planului terapeutic, in ansamblul sau.

Cercetarile moderne de terapie ocupationala au demonstrat ca, in prezent, randamentul acestei discipline este cu atat mai mare pe masura ce se proiecteaza tot mai multe planuri de recuperare, aplicabile in interiorul unor institutii de diverse tipuri (scoli, centre de zi, spitale, etc)

In prezent, se preconizeaza, in acest sens, folosirea e planuri care sa poata fi aplicate la domiciliu sau in continuitatea unde persoana işi aduce existenta.

De aceea folosirea unor planuri adaptabile in functie de contexte diferite, este deosebit de importanta, atat pentru persoana handicapata, cat şi pentru terapeut.

3.<u>Selectionarea şi adaptarea echipamentului</u> reclama din partea terapeutului un effort substantial de imaginatie, in vedera proiectarii unor mijloace şi dispozitive adaptate nevoilor copilului.

Fiecare copil handicapat poseda anumite cerinte speciale, care trebuie stabilite cu prioritate, inaintea adaptarii sau constituirii unui anumit echipament pentru acesta. Modificarile, realizate unui obiect folosit in activitatea de terapie, pot fi temporare sau permanente, in functie de progresele realizate de copil.

Specialistii recomanda o mare varietate de echipamente ce se pot folosi in activitatea cu copiii handicapati fizic, senzorial sau mintal.

In cazul imposibilitatii procurarii acestuia pe cale comerciala, se recomanda, in conditiile tarii noastre, confectionarea sa de catre educatori, care au in programa lor de invatamant activitati de terapie ocupationala. De asemenea, este util sa fie luat in considerare costul materialului şi timpul necesar conefctionarii lui, in eventualitatea existentei unor materiale similare pe piata.

Este utila selectionarea echipamentelor, in principal dupa nevoile subiectului, dar, tinand seama de anumite caracteristici fizice ale materialului din care sunt confectionate, cum ar fi de exemplu, greutatea, flexibiltatea, culoarea şi adaptarile subiectilor. (Willard, Spackman şi Hopkins).

In general, cu mici exceptii, adaptarile de mijloace şi dispozitive pentru activitate, este bine sa fie facute cu materiale durabile la folosire indelungata.

In cazul copiilor handicapati, Hopkins recomanda construirea de dispozitive adaptate daca se constata, in primul rand, deficiente in coordonarea miscarilor sau a capacitatii de a apuca şi strange. De aceea, spune autorul respectiv, unul din primele lucruri pe care terapeutul ocupational trebuie sa-l faca consta in analizarea miscarii solicitate de o sracina sau de un grup de sarcini similare, comparativ cu performantele corespunzatoare, care urmeaza a fi realizate la o persoana.

In acest fel, terapeutul va evalua limitele fizice ale copilului, indicand tipul de echipament adaptat, necesar. Astfel de echipamente adaptate pot fi reprezentate de un prelungitor pentru creion sub forma unui burete sau sub forma unei imagini, daca copilul are tulburari de motricitate fina. Se poate folosi in acelaşi sens, in cadrul altor activitati, un maner de lemn suplimentar pentru apucarea unor obiecte, cum ar fi spre exemplu, tacamurile.

In cazul copiilor cu dificultati de coordonare a miscarilor, se recomanda, spre exemplu, inlocuirea nasturilor de la haine cu arici sau capse, iar in cazul pantofilor se pot folosi catarame in locul calsicelor şireturi.

Handicapatii mintal, ce prezinta o permanenta agitatie psihomotorie, pot fi protejati cu ajutorul unor casti, pe parcursul activitatilor, spre a se evita accidentele, s.a.m.d.

4. <u>Evaluarea programelor de terapie ocupationala este o actiune indispensabila</u> in vedera masurarii eficientei interventiei procedurilor utilizate de terapeut.

Cele mai raspandite forme de evaluare sunt cele intermediare şi finale.

Evaluarile intermediare se folosesc pe parcursul aplicarii planului terapeutic şi consta in masurarea rezultatelor obtinute prin atingerea obiectivelor intermediare proiectate. Specialistul trebuie sa se intrebe daca realizarea obiectivelor respective prin activitatile proiectate, determina modificarile scontate in performantele copilului.

In cazul in care se constata, in procesul evaluarii intermediare, ineficienta activitatilor şi obiectivelor fixate, se recomanda schimbarea programului terapeutic initial.

Succint spus, prin acest tip de evaluare se verifica:

a) eficacitatea planului terapeutic;

b) se contureaza tipul schimbarilor necesare planului;

c) se determina riguros momentul incetarii sale.

Evaluarea finala se refera la analiza rezultatelor procesului terapeutic in ansamblul sau. Prin aceasta actiune se pune, in fapt, in evidenta succesul sau esecul demersurilor realizate de specialist pentru a veni in sprijinul nevoilor unei persoane prin mijloacele terapiei ocupationale.

Procesul de recuperare prin terapia ocupationala la persoanele handicapate este un proces continuu, care trebuie reluat in permanenta la diferite varste, in functie de nevoile specifice individului, in diversele momente ale vietii sale.

Consideram, ca numai prin reluarea ciclica a procesului in cauza, putem contribui in calitate de terapeuti la stabilirea unui nivel de dezvoltare al handicapatilor, cat mai apropiat de normal posibil.

CAPITOLUL V

RELAȚIA DINTRE ELEMENTELE COMPONENTE ALE PROCESULUI DE TERAPIE OCUPAȚIONALĂ

Indiferent de locul unde se exercita, procesul de terapie ocupaționala (TO) presupune, in desfăşurarea sa, formarea unei relații dinamice intre patru factori:

1. subiectul
2. terapeutul
3. activitatea
4. mediul ei de desfăşurare

1) – Subiectul este cel asupra căruia se orientează procesul de terapie ocupaționala, in scopul rezolvării problemelor sale de viata. Acțiunea de recuperare planificata de terapie vizează, aşa cum am mai arătat, refacerea deprinderilor şi capacitaților sale pentru asigurarea adaptării optime la mediul in care traieste.

Pentru aceasta este absolute necesar ca terapeutul sa inteleaga foarte bine problemele specifice ale individului, legate de caracteristicile proceselor psihice care determina un anumit specific al profilului de personalitate.

O persoana este o suma de subsisteme caracteristice de deprinderi, capacitate şi aptitudini senzoriale, motrice, cognitive, afective, sociale şi culturale.

Caracteristicile individuale mai include, deasemenea, predispoziţiile genetice, caracteristicile morfologice şi somatice precum şi trăsăturile de temperament şi caracter.

Din punctual de vedere al TO mai prezintă interes deosebit şi anumite aspecte particulare, legate de hrana, incaltaminte, relaţii interpersonale şi factori culturali, care acţionează asupra unei persoane.

Toate aceste caracteristici individuale enumerate, se găsesc intr-un proces dinamic de continua schimbare, in funcţie de vârsta, tipul deficientei şi condiţiile de existenta ale persoanei.

In cadrul procesului de terapie ocupaţionala intervin şi alte elemente psihologice importante, care influenţează reacţiile subiectului, modificând caracteristicile performantelor sale. Dintre acestea remarcam problemele legate de stres şi motivaţia individului pentru activitate.

Stresul este o caracteristica a timpurilor moderne şi se datoreste in principal schimburilor rapide şi permanente din societatea contemporana care solicita omului un efort permanent şi susţinut de adaptare la mediu. El este prezent atât la persoanele normale cat şi la handicapaţi.

La aceştia din urma stresul este mai profund datorita deficientelor personale peste influentele nocive din mediu. Stresul se diferenţiază in funcţie de tipul handicapului, el fiind cu atât mai intens cu cat individul conştientizează mai profund problemele sale personale de adaptare. La handicapaţii de intelect, in funcţie de profunzimea handicapului, stresul poate atinge nivele scăzute, deoarece nu conştientizează in suficienta măsura, dificultăţile de integrare social pe care le întâmpina. Situaţia este complet diferita la handicapaţii fizici şi senzoriali, care au capacitatea de a conştientiza in profunzime cauzele dificultăţilor cu care se confrunta, in mod curent, in activitatea cotidiana.

In proiectarea planului sau de recuperare prin intermediul activităților ocupaționale, terapeutul trebuie sa tina seama de faptul ca, in general, lucrează cu subiecți aflați sub stare de stres .

Cunoaşterea principalelor caracteristici ale acestui sindrom ii va permite sa-şi orienteze acțiunile, nu numai asupra unor activitati cu efecte benefice asupra unei ființe limitate, ci şi asupra recuperării personalității, in ansamblul sau, prin restabilirea unui echilibru interior optim. Aceasta se poate realiza prin combinarea tehnicilor de psihoterapie cu cele din domeniul terapiei ocupaționale. Specialistul, pentru a putea acționa in mod ştiințific, este necesar sa detina in primul rând câteva informații de baza despre stres şi mijloacele de combaterea acestuia. Conceptul de stres a fost introdus in literatura de specialitate de către Hans Selye, in 1950.

Stresul, din punct de vedere al domeniului terapiei ocupaționale, a fost sugestiv definitivat de Coleman, ca fiind generat de „cererea de adaptare îndreptata catre individ" (Coleman J. C.- Life stres and maladaptative behavior,- American Journal of occupational therapy, nr. 27- 1973, pag. 169-179).

Acelaşi autor subliniază ca stresul se poate manifesta, atât la nivel fiziologic, cat şi la nivel psihologic.

La nivel fiziologic, exemple de factori stresanți care impun individului o adaptare forțata pot fi lipsa unuia dintre membre, prezenta hipoacuziei, surdității, ambliopiei, orbirii sau deficientelor mintale.

La nivel psihologic, factorii stresanți pot fi determinați, spre exemplu, de pierderea unei persoane iubite, eşecuri la examene importante, suprasolicitarea profesionala sau adoptarea unor decizii in fata mai multor alternative. Din punct de vedere psihologic, stresul a fost analizat de P. Fraisse, cate l-a considerat ca fiind o „totalitate a conflictelor personale

sau sociale ale individului care nu işi găsesc soluția intr-un fel sau altul". (P. P. Neveanu – Dictionar de psihologie edit. Albatros, Bucureşti, 1978).

Indiferent de originea sa, efectele stresului se traduc prin reacții in plan biologic, legate de modificări cerebrale ale circulației sangvine, şi tensiuni musculare şi reacții psihologice reprezentate de apariția unor emoții puternice, care duc, in final, la instaurarea unor comportamente dezorganizate şi dezadaptate. Conform teoriei lui Coleman nivelul stresului depinde de următorii factori:

1. specificul cererii de adaptare;
2. caracteristicile individului;
3. tipul resurselor şi suportul exterior, care sunt puse la dispoziția persoanei afectate.

Un factor stresant poate acționa asupra unei persoane singur sau in combinație cu alți factori stresanți.

In cazul când acțiunea lor se exercita asupra unei persoane handicapate, putem vorbi de influenta unui complex de factori stresanți. In analiza acestui fenomen trebuie avuta in vedere şi durata de acțiune a factorilor stresanți. Coleman arata ca, cu cat se prelungeşte acțiunea unui factor stresant, chiar la intensitate constanta, efectele sale asupra persoanei vor fi mai devastatoare.

Un alt aspect de care trebuie sa tina seama terapeutul, este acela ca, in general orice schimbare apăruta in existenta unui individ reprezintă un factor stresant, adeseori neconştientizat şi nerecunoscut de acesta.

De aceea se recomanda ca, in introducerea unor noi activitati in procesul de recuperare, sa se aibă permanent in vedere şi acest lucru. Înlăturarea stresului de schimbare se poate face prin introducerea treptata, graduala activităților planificate. De asemenea, terapeutul trebuie

sa aibă in vedere lărgirea ariei intervenției sale prin diverse planuri educaționale, familiale şi recreaționale. Numai prin organizarea de activitati conjugate pe multiple planuri, se poate asigura combaterea eficienta a stresului. Stimularea motivației pentru activitate reprezintă un element esențial pentru obținerea de rezultate profitabile in procesul de terapie ocupațională. Rolul terapeutului ocupațional consta in a trezi şi modela trebuințele unei persoane in vederea asigurării participării sale conştiente la activitățile de recuperare, prin desfăşurarea unui comportament ocupațional adecvat. In general, comportamentul indivizilor este stimulat prin satisfacerea trebuințelor imediate, de trezirea curiozității şi de caracteristicile factorilor de mediu.

FACTORII DE MEDIU la rândul lor, se pot divide in factori fizici şi sociali. Din rândul factorilor fizici o influenta activatoare asupra motivației unui individ prezintă noutatea şi complexitatea mediului sub aspectul condițiilor materiale oferite, clădirile, încăperile special amenajate, mobilierul şi aparatura din dotare.

FACTORII SOCIALI se refera la relațiile interpersonale create in cadrul grupurilor de lucru, care pot fi, in principal, de cooperare sau de competiție. Cu privire la optimizarea relațiilor interpersonale din cadrul grupului terapeutic, au fost efectuate numeroase cercetări in ultima perioada. Astfel, spre exemplu, Mc Clleland a studiat limita pana la care un individ care poate accepta competiția de un anumit nivel, numita de el „nevoia de autorealizare”. El a grupat persoanele in doua categorii extreme:

1. unele care prefera sa nu se implice in situații de risc şi care caută permanent situații de minim a competiție;

2. altele care accepta riscul şi competiția la nivel maxim.

Intre aceste categorii se situează şi una intermediara, formata din persoane care reprezintă combinaţii ale criteriilor de clasificare ale primelor doua. Cele doua caracteristici enumerate se stabilesc in perioada vârstelor timpurii. In viziunea acestei clasificări, consideram ca persoanele handicapate pot fi clasificate, cu mici excepţii, in special in prima categorie şi mai rar in cea de-a doua.

Legate de teoria nevoii de autorealizare, in terapia ocupaţionala a apărut teoria „dependentei de mediu" a personalităţii. Conform acestei teorii, oamenii poseda scheme individuale şi integrate de comportament, care se pot clasifica la rândul lor, pe doua categorii principale:

a) indivizi independenţi de mediu care nu se conformează, in general, normelor sociale si se comporta, in special după propriul sistem de valori;
b) indivizi dependenţi de mediu, care sunt motivaţi in a se conforma normelor sociale externe; cu alte cuvinte, in limbajul comun, indivizii se împart in nonconformişti si conformişti.

Aceasta ultima categorie poate fi întâlnita, cel mai adesea in practica.

Un alt factor de influenta asupra motivaţiei, se refera la „posibilitatea controlului". Sintagma de mai sus ne indica măsura in care indivizii percep evenimentele sau situaţiile de viata, ca fiind controlate de ei insisi sau de elemente aleatorii, legate de şansa. „Aceasta variabila este măsurata de-a lungul unei axe, la o extremitate fiind situaţi indivizii care se percep ca fiind responsabili sa controleze si sa direcţioneze situaţiile de viata, iar la cealaltă se afla cei care se considera victimele sortii".

Este evident ca, in aceasta situaţie, indivizii situaţi la extreme se întâlnesc foarte rar, majoritatea oamenilor pendulând mai aproape de o extrema sau alta. In general, se consider ape baza experimentelor

psihologiei si pedagogica, elementele explicative ale motivației bazate pe teoriile autorealizarii, dependentei de mediu si posibilității controlului sunt indicate pentru divizarea procedurilor de terapie ocupațională.

Pentru analiza de finite a motivației, este util sa se aibă in vedere ca, dinamica acesteia este influientata de capacitatea indivizilor de a prelucra informațiile din exterior si de experiențele anterioare, deținute de acesta din copilărie.

Aceste doua elemente, consideram ca pot contribui la diferențierea subtila a caracteristicilor motivației pentru activitate, manifestate de normali fata de handicapați. La aceştia din urma, capacitatea de prelucrare a informațiilor este distorsionata si, in general, experimentele de viata sunt mai sărace comparative cu cele ale normalilor.

O ultima serie de factori, care prezintă importanta pentru studiul motivației, din punct de vedere al teoriei ocupaționale, cuprinde anxietatea si fobia.

Anxietatea a fost definita ca fiind "o tulburare a afectivității, manifestata prin stări de nelinişte, teama si îngrijorare nemotivata, in absenta unor cauze, care sa le provoace". (P.P. Neveanu – Dicționar de Psihologie, edit. Albatros, Bucureşti, 1978). Succint ea a mai fost definite "ca o teama fara obiect". Anxietatea poate fi motivatoare pana la un punct, dincolo de care poate deveni inhibitoare in activitate determinând scăderea adaptării la situații noi, ceea ce duce in final, la diminuarea mecanismelor de integrare in mediu.

Spre deosebire de anxietate, fobiile "constituie o teama cu obiect", in cazul analizei noastre obiectul constituindu-l activitatea. Este vorba de o teama manifestata de o persoana fata de o anumita activitate sau fata de orice activitate.

Anxietatea si fobiile, adeseori in cazul handicapaților, tind sa se transforme in trasaturi permanente de personalitate, din cauza faptului ca au o acțiune persistenta in timp.

Soluțiile care stau la indemna terapeutului ocupațional, pentru stimularea motivației subiectului si diminuarea efectelor negative ale factorilor enumerați consta, in principal, in angajarea persoanelor in activității in care sa se obtina succese pentru a le reda încrederea in forțele proprii. De asemenea, pentru asigurarea unui optim motivațional pentru activitate, este important sa se asigure cooperarea deplina a persoanei in cadrul procesului de recuperare.

Alt aspect important, legat de înțelegerea comprehensive a subiectului, este lumea obiectelor care-l înconjoară. Oamenii se folosesc de lumea lucrurilor deoarece acestea le oferă sentimentul de stabilitate si posibilitatea stabilirii unor relații trainice, care contribuie la o mai buna conştientizare a realității.

Lucrurile pot trezi reacții si sentimente si pot contribui la formarea unor deprinderi esențiale pentru existenta, contribuind, in acest fel, la strângerea relației dintre individ si mediu. Obiectele utilizate de individ in cadru diverselor activității, ne oferă o imagine cuprinzătoare, psihologica, atât despre profilul sau psihologic, cat si despre nivelul cultural al societatii in care trăiesc.

Prin stimularea întregi game de simțuri, aflate in contact cu calitățile unor obiecte cat mai diverse, o persoana capata conştiința propriilor acțiuni, prin contemplarea obiectului rezultat. Creativitatea in folosirea lucrurilor in cadrul procesului recuperator, contribuie la instalarea unui sentiment de încredere in forțele proprii si sprijină instaurarea unor relații interumane strânse. Adeseori, un individ investeşte intr-un obiect multa pasiune si afectivitate, practic tot ce poate da el mai bun intr-o activitate.

De aceea este recomandabil ca terapeutul sa se folosească de ataşamentul fata de obiectele produse de individ, sa-i respecte proprietatea asupra lor si chiar sa le utilizeze in perspective, in cadrul activităților de recuperare.

In sfârşit, un ultimo element prin care poate fi influențat subiectul este cultura. Prin cultura înțelegem, sintetic, întregul ansamblu de tradiții, obiceiuri si valori dintr-o societate. Acestea isi pun pecetea pe întregul ansamblu de sisteme sociale din societatea respective din care de importanta maxima sunt familia si comunitatea.

Prin intermediul familiei si diverselor tipuri de comunitatii, sunt influențate comportamentele individului de la cele mai simple la cele mai complexe.

Hall subliniază importanta influentelor culturale asupra personalității. El explica acest lucru prin faptul ca "cea mai mare parte a culturii e ascunsa si supusa unui control involuntar, chiar când fragmente mici ale culturii sunt conştientizate".

De exemplu, un copil dintr-un anumit tip de cultura, este influențat de întreg ansamblul de jocuri, activității şcolare si profesionale si valorile existente in acea societate, inca din primul moment al naşteri sale. Dintre elementele enumerate, trăsăturile specifice sistemului de valori, sunt cele care au influenta primordiala deoarece de însuşirea lor depinde, in mare măsura, conduita individului fata de semenii săi.

In concluzie, principala sarcina a terapeutului ocupațional, confruntat cu problemele legate de influentele culturale, consta in înțelegerea resorturilor intime ale comportamentelor considerate dezirabile d.p.d.v. social si sprijinirea formarii acestora prin intermediul activităților practice.

2) – Terapeutul, indiferent de tipul de instituție in care isi desfasoara activitatea, este persoana care ajuta un individ sa-si rezolve propriile probleme legate de adaptare. El poate fi un terapeut ocupațional calificat, profesor, educator, sau specialist in cultura fizica medicala. La noi in tara, deocamdată, nedispunând de specialişti cu calificare in domeniul aceasta activitate este îndeplinita de persoane cu pregătire in alte specialitati. Pentru a acționa in calitate de terapeuți, aceste persoane trebuie sa cunoască, insa in amănunt principalele calitati care se cer intr-o astfel de activitate. Pentru aceasta este importanta, in primul rând, realizarea autocunoaşterii propriei persoane sub aspectul calităților si defectelor sale. Apoi, este necesar ca persoana sa-si dezvolte in mod deosebit capacitatile de empatie si sugestie, pentru a putea influenta subiectul in sensul dorit de ea. In acest mod, terapeutul va putea combina tehnicile din domeniul psihoterapiei cu cele din domeniul terapiei ocupaționale, sporind şansele de succes ale demersului recuperator.

Sugestia se constituie intr-o „acțiune dirijata, generata de constatarea ca ființa umana prezintă, in grade diferite, o stare de receptare a unor conținuturi de gândire, a unor stări afective si a unor comportamente". (Davitz si Ball - Psihologia procesului educațional, EDP, 1978).

Empatia se defineşte ca fiind, „capacitatea de înțelegere a cadrului de referința intern al persoanei, lumea ei obişnuita de trăiri si semnificații, precum si capacitatea de a exprima fata de ea aceasta înțelegere, astfel incat, aceasta sa fie primita si înțeleasa". (C. Paunescu, I. Musu – Recuperarea medico-pedagogica a copilului handicapat mintal, Edit. Medicala, Bucureşti, 1990)

Dotat cu o capacitate de cunoaştere amănunțita a propriilor posibilitati si antrenat in folosirea sugestiei si empatiei, terapeutul poate începe construirea relației sale cu subiectul. In cadrul acestei relații

interpersonale, deosebit de complexe, are loc un schimb permanent de influenta intre cei doi membrii principali, care o compun terapeutul si subiectul.

In cazul in care ne adresam unui grup de persoane aflate in dificultate, este bine sa acționam in vederea strângerii relațiilor didactice (terapeut-subiect) si a creşterii coeziunii dintre membrii grupului (subiect-subiect).

Consolidarea relației dintre terapeut si subiect se face, in special, pe baza afectivității, prin instaurarea unor sentimente trainice, bazate pe respect, înțelegere, ataşament si încredere reciproca.

Dintre toate sentimentele enumerate, cel al încrederii este cel mai important, de durabilitatea si profunzimea acestui depinzând succesul relației. Eventualele crize, la care poate si supusa relația interpersonala creata pe parcursul procesului terapeutic, pot fi depăşite, numai daca intre cei doi parteneri exista o relație bazata pe încredere. Acest sentiment facilitează si transferul care se realizează in permanenta intre terapeut si subiect, care consta, in principal, in însuşirea de deprinderi si comportamente, in ambele sensuri

Relația dintre terapeut si subiect se desfasoara in practica, pe parcursul mai multor etape, analizate pe larg de Willard si Spackman. In esența, in concepția acestor autori, aceste etape sunt următoarele:

1. faza afectiva – cu o durata îndelungata de timp, in care terapeutul stimulează încrederea pacientului si demonstrează înțelegere si optimism cu privire la şansele de ameliorare ale situației sale
2. faza reunirii faptelor si informațiilor – cu privire la problemele subiectului, ce urmează a fi rezolvate si stabilirea soluțiilor alese in direcția respectiva

3. faza de proiectare a planului de acțiune, in care cele doua parți se înțeleg asupra modului de desfăşurare a activităților, si-si precizează cerințele uneia fata de cealaltă.
4. faza de aplicare a planului, in care terapeutul comunica subiectului care sunt aşteptările sale fata de el si trece la exersarea activităților proiectate
5. faza finala, când are loc despărțirea, care pune probleme specifice, in funcție de profunzimea relației dintre terapeut si subiect i performantele obținute in activitate.

Autorii americani menționați, ca si majoritatea cercetătorilor din sfera terapiei ocupaționale, au analizat desfăşurarea etapelor respective in instituții cu profil medical.

Am prezentat, pe scurt, concepția lor, deoarece consideram ca, aceste etape pot fi extinse si procesului de terapie ocupaționala din alte tipuri de instituții, cum ar fi cele de invatamant. In cazul acestei categorii de instituții, apar modificări, in special, legate de faza finala.

Cu privire la despărțirea dintre terapeut , in calitate de profesor sau de educator si copil, constatam ca aceasta este mai puțin frecventa, procesul in sine fiind continuat vreme îndelungata pe parcursul perioadei scolaritatii. Totuşi, la terminarea studiilor, odată cu ieşirea din instituțiile speciale, pot apărea adevărate situații de criza, deoarece instituțiile stimulează, adeseori, dependenta si conformismul asistaților fata de educatori. Pentru evitarea manifestării acestor situații critice, accentuate si de profunzimea relației afective dintre educator si copil, este utila cultivarea independentei si autonomiei personale in activitate, inca de timpuriu pregătindu-se in acest fel, cu succes, integrarea ulterioara in societate.

3) Activitățile, in cadrul procesului de terapie ocupațională, au rolul de a pregăti deprinderile si capacitatile subiectului, in vederea adaptării acestuia la cerințele lumii înconjurătoare. Nivelul de realizare al unei activitati se măsoară prin performantele atinse de subiect pe parcursul desfasurarii acesteia.

Problema esențiala, care se pune in fata terapeutului, se refera la luarea unei decizii cu privire la alegerea tipului de activitate, cel mai potrivit pentru un subiect, la un moment dat.

Elementele de care terapeutul trebuie sa tina seama in adoptarea unei decizii corecte, țin de specificul problemelor subiectului, vârsta cronologica, nivelul dezvoltării deprinderilor sale, nevoile si dorințele exprimate, caracteristicile mediului social de dezvoltare si posibilitățile instituției in care se desfasoara recuperarea. De asemenea, trebuie ținut seama ca activitățile selecționate sa se subsumeze obiectivelor generale ale planului si sa se coreleze intre ele din punct de vedere al efectelor planificării, in vederea realizării unui scop comun.

In legătura cu alegerea celor mai potrivite activitati pentru persoanele handicapate, cercetările, efectuate pana in prezent, au demonstrat ca sunt cele de munca. Deci, aşa cum am mai repetat, ergoterapia permite obținerea unor rezultate eficiente in compensarea si recuperarea deficientelor, contribuind, in acest fel, la dezvoltarea si echilibrarea personalității lor dizarmonice.

Prin mediu înțelegem, succint, locul sau spațiul de desfăşurare al procesului terapeutic. Mediul semnifica şcolile, centrele de zi, spitalele, locurile de munca, pana la ansamblul comunitarilor.

Exista medii care permit exercitarea unui control mai riguros din partea terapeutului, cum este cazul cabinetelor profil si clasele de elevi si altele, care asigura un grad mai mare de libertate, cum ar fi, de exemplu,

familia, strada, terenurile de sport. Diferența dintre ele consta in numărul diferit de elemente controlabile si necontrolabile pe care le permit. In funcție de natura obiectivelor fixate, terapeutul poate modifica mediile de desfăşurare a activităților, dând in acest fel dovada de flexibilitate si imaginație, in beneficiul subiectului.

In terapia ocupațională moderna se considera ca, in alegerea mediului, specialistul trebuie sa tina seama de subiect, caracteristicile spațiului unde se desfasoara recuperarea, metodele si mijloacele folosite, componenta echipei de intervenție, structura procedurilor de evaluare, natura obiectivelor stabilite, caracteristicile planurilor de tratament, specificul cerințelor fata de rapoartele si înregistrările fixate.

Clasificare medii:

1. structurate → înalt controlabile
2. nestructurate → slab controlabile.

CAPITOLUL VI

RECOMANDARI PENTRU INITIEREA PROCESULUI DE TERAPIE OCUPATIONALA LA HANDICAPATI

Desfasurarea procesului de terapie ocupationala se compune din interventia educatorului in trei domenii fundamentale :

1. formarea deprinderilor de viata cotidiana :
2. cultivarea capacitatilor de munca si
3. educarea abilitatilor pentru jocuri si altor modalitati de petrecere a timpului liber;

Prin activitatile organizate in cadrul celor trei domenii fundamentale de actiune se urmareste dezvoltarea personalitatii copilului sub aspect senzorio-motor, cognitiv si psihosocial.

Handicapurile determina instaurarea unor deficite in functionarea personalitatii, fapt ce necesita interventia prin metodele terapiei ocupationale, in vederea restabilirii nivelului maxim posibil de functionare al individului.

Cu privire la acest aspect Emil Verza arata ca *„terapiile ocupationale sunt de mai multe feluri, dar pentru handicapati, cele mai semnificative se referala ludoterapie, muzico-terapie, terapie prin dans si ergoterapie”*

Terapiile ocupationale pentru handicapati (dupa E. Verza):

- Ludoterapie;
- Meloterapie;
- Terapie prin dans:
- Ergoterapie;

Rezulta de aici ca, desfasurarea procesului de terapie cu copii handicapati dispune de un specific aparte. In cazul organizariii unor activitati de recuperare pe plan educational, terapeutul ocupational trebuie sa indeplineasca o multitudine de roluri, care depind, cu precadere, de tipul de institutii in care se lucreaza si de categoria de deficienti careia se adreseaza.

In gradinite, scoli speciale si centre de zi, educatorul care are ca obiect de activitate disciplinele de terapie ocupationala, este necesar sa stabileasca o relatie permanenta cu ceilalti specialisti din institutie : psihodiagnosticieni, logopezi, profesori de cultura fizica medicala si asistenti sociali. Spunem acestea deoarece el contribuie prin activitatile pe care le desfasoara, la realizarea unor obiective de recuperare, comune cu ale altor specalisti. De exemplu, prin activitatile de abilitare manuala organizate, el contribuie concomitent la dezvolatarea motricitatii copilului, aspect ce se afla in sarcina permanenta a profesorului de cultura fizica medicala si logopedului. Deasemenea prin proiectarea activitatilor de viata cotidiana, contribuie, in mod nemijlocit, la stimularea comunicarii si personalitatii in ansamblu, element ce se afla in atentia logopedului si psihologului scolar.

Din pacate in tara noastra, in unele situatii, nivelul exercitarii diverselor roluri ce revin specialistilor, care realizeaza activitai de terapie ocupationala, este limitat la conditiile materiale precare din diferite tipuri de institutii. Cu toate ameliorarile aparute dupa revolutie, se mai simte inca, o nevoie acuta de spatii adecvate si de paratura corespunzatoare, desfasurarii unor activitati de terapie ocupationala de calitate. Prezenta acestor aspecte negative, la care se adauga lipsa personalului calificat in domeniu, diminueaza caliatatile procesului de recuperare din institutii.

Comparativ cu tara noastra, in SUA si majoritatea tarilor dezvoltate ale Europie de Vest, pregactirea specilaistilor in domeniul terapiei ocupationale dureaza trei ani si se ealizeza in institutii specifice.

Acest fenomen intra in contradictie cu anumite schimbari pozitive, aparute in ultima vreme, in special pe linie metodica si care au constat in elaborrea unor programme scolare pentru educatori care ofera indrumari competente pentru activitatile din domeniul terapiei ocupationale.

Organizarea procesului de terapie ocupationala trebuie sa tina seama de tipul handicapului caruia i se adreseaza sau, cu alte cuvinte, categoriei de cerinte speciale ce trebuie satisfacute.

Domenii de actiune in functie de handicap

Pentru organizarea unor procedee de recuperare eficiente, terapeutul educator sau profesor, trebuie sa cunoasca, in primul rand principalele caracteristici ale mediului de viata in care copilul urmeaza sa traiasca.

Diversele solicitari ale mediului fizic, social sau cultural impun terapeutului depasirea anumitor bariere sau obstacole care se diferentiaza in primul rand dupa tipul de handicap al copilului. Astfel in cazul handicapatilor mintal, se pune in primul rand, problema integrarii lor in societate prin formarea de unor deprinderi de viata cotidiana adecvate.

Nivelul performantelor, obtinut in cadrul deprinderilor respective, depinde la randul sau de profunzimea intarzierii lor mintale.

La handicapatii senzoriali, intaietatea este detinuta de formarea deprinderilor implicate in cresterea autonomiei personale. Aceasta se realizeaza prin dezvoltarea comunicarii, mobilitatii si orientarii spatiale.

La handicapatii fizic, mai ales la cei cu handicap dobandit in urma unor accidente, se pune problema depasirii unor traume psihice aparute in

urma izolarii prelungite prin activitati de socializare la nivelul grupelor de elevi.

Handicapatii fizici congenitali trebuie familiarizati cu folosirea unor proteze, dispozitive de mers, echipamente adaptate, care sa le asigure integrarea corespunzatoare in societate.

La toate categoriile de copii handicapati, deosebit de importante, sunt activiatile de munca, selectate riguros, in asa fel incat sa contribuie decisiv la viitoarea lor maturizare vocationala si profesionala.

In afara de aceasta, o importanta deosebita prezinta organizarea unor activitati recreationale, in functie de posibilitatea copilului. Educatorul este necesar sa accorde o atentie diferentiata, in vederea initierii unor activitati de petrecerea timpului liber, in acord cu tipul deficientei copilului cu care lucreaza. Spre exemplu, in cazul activitatilor ludice cu copii handicapati mintal care, „nu stiu sa joace”, el sa va ocupa in principal, de oragnizarea si conducerea durecta a jocului acestora. Daca lucreaza cu handicapatii senzoriali sau fizici, preocuparea sa principala se va lega de selectionarea celor mai potrivite activitati pentru copii in care ei vor putea realiza succese, care sa contribuie la redarea increderii in propriile capacitati si obtinerea de performante superioare.

De o deosebita importanta este problema selectionarii si adaptarii echipamentului, care reclama din partea educatorului un efort substantial de imaginatie, in vederea proiectarii unor dispozitive si mijloace adaptate nevoilor copilului.

Fiecare copil handicapat poseda anumite nevoi individuale, care trebuie stabilite inainte adaptarii sau construirii unui echipament adecvat.

Specialistii recomanda, in acest sens, o mare varietate de echipamente ce se pot folosi in activitatea cu copii handicapati fizic, senzorial sau mintal.

In tara noastra, in conditiile imposibilitatii procuarii acestuia pe cale comerciala, recomandam confectionarea echipamentelor adaptate de catre educator, tinand seama de obiectivele programei de terapie complexa si integrata, ce le este destinata.

In cazul existentei unor materiale similare in comert este necesar sa se ia in consideratie costul materialului si timpul necesar confectionarii acestuia.

Selectionarea echipamentelor, in viziunea lui Willard si Hopkins, este necesar sa se faca, in primul rand, dupa nevoile subiectului, luandu-se in consideratie si alte aspecte care tin de caracteristicile fizice, de materialul din care sunt confectionate, care se refera la greutate, flexibiliate, culoare si posibilitatea de adaptare pentru subiecti.

In general adaptarile de mijloace si dispozitive pentru activiate este util sa se realizeze cu materiale durabile, in conditiile unei folosiri intensive si indelungate.

In cazul copiilor handicapati, Hopkins recomanda construirea de dispozitive adaptate atunci cand se constata, in primul rand deficiente in coordonarea miscarilor sau a capacitatii de a apuca si a strange. De aceea, arat autorul respectiv, unul din primele lucruri pe care terapeutul ocupational trebuie sa le realizeze, se refera la analiza miscarii solicitate de sarcina, in functie de performantele persoanei implicate in realizarea ei. In acest fel educatorul va putea evalua limitele fizice ale copilului, stabilind tipul de echipament adaptat, necesar.

Astfel de echipamente adaptate pot consta, spre exemplu, dintr-un prelungitor pentru creion, sub forma unui burete sau a unei mingi, in cazul in care copilul prezinta tulburari de motricitate fina.

Pentru copii cu tulburari de motricitate mai mari se paote instala un maner de lemn suplimentar, care sa-i poata ajuta la apucarea obiectelor

din jur, cum sunt de exemplu tacamurile, in cadrul activitatilor de autosrvire.

In cazul copiilor cu dificultati de coordonare a miscarilor, se recomanda inlocuirea nasturilor de la haine cu arici sau capse, iar in cazul pantofilor se pot inlocui sireturile cu catarame.

Toate aceste schimbari sunt menite sa ajute copilul sa realizeze cu succes anumite activitati de autoingrijire si sa-i redea increderea in posibilitatile sale de actiune.

In sfarsit, in cazul copiilor hiperkinetici, caracterizati printr-o permanenta agitatie psihomotorie, indiferent de tipul handicapului acestora, se recomanda protejarea acestora pe parcursul activitatilor cu casti, spre a se evita posibile accidente.

La toate categoriile de copii handicapati, proiectarea activitatilor trebuie sa tina seama de specificul varstei acestora, peste carea se suprapun caracteristicile derivate din tipul de deficienta.

Proiectarea programelor in functie de varsta

In acest sens, programele de terapie ocupatinala, este util sa se structureze in mod adecvat stadiilor de varsta in care se afla subiectii carora li se adreseaza.

Astfel, in perioada prescolara, se recomanda sa se accorde o atentie deosebita urmatoarelor aspecte legate de:

a) – evaluarea primara si stimularea dezvoltarii functiilor si proceselor psihice aflate in curs de materializare la copil ;

b) - utilizarea activitatilor ludice pentru stimularea personalitatii copilului, in ansamblul sau;

c) - formarea unei imagini de Sine adecvata si stimularea motivatiei pentru diverse activitati formative.

In mica scolaritate se va continua evaluarea permanenta a performantelor copilului, urmata de stimularea permanenta dezvoltarii sale.

O atentie deosebita va trebui acordta plasarii copilului intr-un mediu corespunzator capacitatilor sale cognitive si tipului sau de handicap.

Activitatea terapetului ocupational se va axa, in principal, pe aspecte legate de:

a) - imbunatatirea motricitatii fine si generale, accentul punandu-se pe formarea unui comportament motric adaptat esential in aceasta perioada de varsta;

b) - formarea unor deprinderi de viata cotidiana, care sa asigure integrarea adecvata in mediul existential;

c) - stimularea dezvoltarii cognitive in ansamblul sau;

In perioada adolescentei accentual este indicat sa se deplaseze catre evaluarea capaciatilor de profesionalizare ale individului.

Se va acorda o atentie deosebita organizarii unor activitati implicate in slefuirea deprinderilor de viata cotidiana si legate de o corecta educatie sexuala, fara falsa pudoare.

La varsta adulata principalel preocupari ale terapeutului se vor centra, in principal, pe structurarea deprinderilor necesare unei existente integrate in comunitate, cu accent pe formarea unui comportament social adecvat, bazat pe responsabilitati si corecta gestionare a bugetului propriu.

Se vor dezvolta deprinderile si capacitatile implicate in autogospodarirea eficienta si pregatirea pentru casatorie si viata de familie.

In cele din urma, in cazul batranetii, cand are loc regresia functiilor si proceselor psihice ale persoane, terapeutul trebuie sa actioneze, cu precadere in vederea refacerii destructurarii deprinderilor si capacitatilor individului si mentinerii, pe cat mai mult timp posibil, a unui nivel optim de functionare ale acestora.

Alegerea procedurilor

Fundamentala pentru alegerea celei mai bune proceduri de recuperare prin activitate, este, in viziunea lui S. Ionescu, problematica specifica a subiectului, ceea ce implica, in primul rand, „*cunoasterea aprofundata a cazului si a evolutiei sale anterioare*". Apoi pe parcursul procesului terapeutic, prezinta importanta „*adaptarea la evolutia subiectului care determina schimbari in abordarea si utilizarea tehnicilor disponibile*".

Un alt aspect ce influenteaza decisiv interventia terapeutica, se refera la calitatea evaluarii intregului proces. Tot din perspectiva comuna pentru toate categoriile de handicapati, se mai pune problema initierii unei bune colaborari cu familiile acestora. Pentru rezolvarea cu succes a acestei probleme, educatorul, transformat in terapeut ocupational, trebuie sa devina un bun consilier al familiei. Obiectivul fundamental al activitatii sale de consilier, consta in oferirea de sfaturi in vederea integrarii corespunzatoare a copilului in comunitate. Pentru atingerea acestui obiectiv este recomandabil ca educatorul sa analizeze, in profunzime, mediul familial si social in care se dezvolta copilul, dupa care sa stabileasca care sunt deprinderile prioritare de adaptare solicitate. In continuare, el poate recomanda executarea unor exercitii specifice necesare consolidarii deprinderilor respective si stabilirii perioadei de timp necesare desfasurarii acestora. Activitatile prescrise, sub forma de

exercitii, se pot desfasura acasa, cu spijinul familiei sau cu alte categorii de persoane din medii sociale cu care copilul vine in contact.

In multe tari dezvoltate ale lumii exista si alte alternative institutionale ce permit desfasurarea activitatilor recuperatorii, in exteriorul scolii.

Din randul acestora, cele mai reprezentative sunt centrele de zi, atelierele protejate si comunitatile sau satele pentru handicapati.

Tinand seama de conditiile din tara noastra, solutiile care pot fi adoptate pentru realizarea unor activitati semnificative pentru consolidarea deprinderilor copilului, care constau in includerea acestuia in activitati prelungite si individualizate, in cadrul scolii specilae si atragerea cooperarii unui numar cat mai mare de specialisti in realizarea lor intr-o viziune interdisciplinara.

In concluzie, apreciem ca, in momentul de fata, in tara noastra, asistam la o crestere a importantei rolului pe care il detin procedurile de terapie ocupationala in recuperarea persoanelor handicapate. Suntem convinsi ca, in ciuda unor dificultati materiale trecatoare, datorita deschiderii realizate prin noile reglementari legale, recent adoptate, care semnifica, in acelasi timp, si orientarea catre o noua strategie in domeniul educatiei speciale, tara noastra va patrunde, in curand, in categoria tarilor avansate in domeniul utilizarii terapiilor destinate copiilor cu cerinte speciale.

CAPITOLUL VII

VALENȚE FORMATIV-INFORMATIVE ALE TERAPIEI OCUPAȚIONALE

Obiectivul fundamental al tuturor formelor de terapie ocupationala consta in recuperarea personalitatii copilului, in ansamblul ei, indiferent de tipul si profunzimea handicapului sau.

In acest sens, se pune Intrebarea „care este relatia dintre elementele formative si celeinformative in cadrul acestui proces complex?"

Consideram ca, pe parcursul derularii diferitelor tipuri de activititi specifice cu elevii, se inliepatrimd aspecte1e formative cu cele informative, ponderea detinand-o, lnsa, in cadrul acestui tip de terapie desfasurata de educator, elementele de natura formativa.

Spre exemplu, in cadrul activitatilor de abilitare manuala, frecvent desfasurate de educator, elevul primeste numeroase informatii despre materialele cu care lucreaza, despre tipul si calitatea lor, despre modul de intretinere, care sunt aspecte de tip informativ, pentru ca apoi sa-si dezvolte anumite insusiri ale miscarilor: forta, viteza, precizia si coordonarea acestora, care sunt aspecte de ordin formativ, deoarece urmaresc crearea si consolidarea anumitor deprinderi de miscare, apartinand structurii personalitatii copilului.

Adeseori, in cadrul acestor activititi, se lucreaza cu diverse unelte, scule si dispozitive despre care elevul trebuie sa primeasca, mai intai, anumite informatii de ordin general, despre caracteristicile si modullor de functionare, pentru ca, mai apoi, sa fie invatat sa le foloseasca.

O atentie deosebita trebuie acordata invatarii folosirii unor

dispozitive adaptate, prin care se urmareste compensarea unor tipuri de handicap senzorial si fizic.

Astfel, in exersarea folosirii masinilor de scris in Braille, a protezelor auditive sau a unor dispozitive de mers, se lmpletesc, intotdeauna, aspectele de ordin informativ, despre caracteristicile, performantele si rolul echipamentului respectiv, cu cele de ordin formativ, legate de folosirea lor in conditii optime.

Seria exemplelor poate continua cu activitatile de expresie plastica si meloterapie. In cadrul acestor tipuri de activitati, elevul primeste, in primul rand, informatii despre obiectele cu care lucreaza: culori, pensule, acuarele, instrumente muzicale etc., pentru ca, in continuare, sa realizeze un produs artistic in care se exteriorizeaza si se slefuiesc deprinderile si aptitudinile sale de personalitate. Specialistii considera chiar ca anumite forme de art-terapie, desfasurate cu elevii cu handicapuri accentuate, contribuie la remodelarea personalitatii, realizand detensionarea si dezinhibarea acesteia, acolo unde lectia de tip clasic, bazata pe predarea si acumularea de informatii, isi dovedeste limitele.

La fel se petrec lucrurile si in cadrul activitatilor de ludoterapie care, mai ales in cadrul formelor lor mai elaborate, ce se bazeaza pe folosirea jocurilor cu reguli si roluri si care presupun, in primul rand, insusirea unor cunostinte generale despre regulamentul de desfasurare a jocurilor, pentru ca mai apoi acestea sa fie exersate in practica.

O problema aparte o ridica activitatile de cunoastere organizate de ducator, la care am fi tentati sa consideram ca predomina in primul rand, aspectele de ordin informativ. La o analiza mai atenta, luand in considerare ca educatorul nu preda in primul rand cunostinte, ci reia, cu alte mijloace si metode, continuturile predate de defectolog, putem conchide ca activitatile educatorului au un caracter **predominant**

formativ. Spuneam aceasta pentru ca, prin exercitiile si demonstratiile prezentate, acestea contribuie, in primul rand, la consolidarea unor deprinderi si capacitati legate de procesul insusirii cunostintelor si aplicarii lor in practica zilnica.

Latura formativa este mai accentuata m cadrul activitatilor de formarea deprinderilor de viata cotidiana si socializare, care pregatesc personalitatea copilului in ansamblulei pentru integrarea in cadrul societatii.

Insusirea deprinderilor de comportament civilizat, de autoservire, igiena personla si insusirea modalitatilor de folosire a aparaturii modeme si serviciilor din cadrul socetatii reprezinta un obiectiv major al tuturor activitatilor educatorului, cu caracter eminamente formativ.

Din cele prezerntate succint, rezulta ca educatorul, prin toate formele de terapie organizate prin intermediul unor activitati diverse, contribuie cu consecventa la dezvoltarea functiilor si proceselor psihice ale ficarui elev, cat si la cultivarea trasaturilor sale de personalitate, in ansamblul lor. S-a demonstrat de catre psihologi ca temperamentul si caracterul pot fi educate cel mai bine prin intermediul activitatii organizate pe grupuri de elevi, iar aptituainile si talentul pot fi puse in evidenta numai prin intermediul analizei produselor acestora, rezultatec in urma activitatii desfasurate. De aici decurge importanta deosebita pe care, in prezent, o au activitatile de terapie ocupationala.

Experienta intenationala, din diverse tari avansate ale lumii, a evidentiat faptul ca prin activitate are un rol deosebit de important pentru recuperarea personalitatii copiilor handicapati.

In cazul elevilor handicapati mintal, "invatarea prin actiune" este superioara tuturor celorlalte forme de mvatare si cresteinm importanta cu cat profunzimea retardului mintal este mai accentuata.

In incheiere, apreciem ca in cadrul desfasurarii activitatii de educatie ocupationala, educatorul desfasoara o trecere continua de la aspectele formative la cele informative, cele dintai detinand, insa, ponderea cea mai importanta.

BIBLIOGRAFIE

1. ALLEN C.K.; EARHART C.A.; BLUE T. – *Ocupational therapy. Treatment goals for the physically and cognitively disabled*, The American Occupational Therapy Association Inc, Rockville, Maryland, 1992
2. COLEMAN J.C. - *Life stres and maladaptative behavior*, American Journal of Occupational Therapy, nr. 27/1973
3. DENTON L. PEGGY - *Psichiatric Occupational Therapy,* a workbook of practical skills-little brown and company, Boston, Massachusetts, 1987
4. IONESCU Ş.– *L'intervention en deficience mentale,* Pierre Mardaga editeur, Galerie de Prince, Bruxelles, 1987
5. PĂUNESCU C., MUŞU I. – *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal,* Edit. Medicală, Bucureşti 1990
6. PINEL P. – *Tratat medico-filosofic despre alienarea mintală*, Paris, 1801
7. POPOVICI D.V. – *Introducere în terapia ocupaţională*, Edit. Pro-Humanitate, Bucuresti, 2000 ;
8. TROBLY C.A. – *Occupational therapy for physical disfunction*, Third edition – Williams and Wilkins, Baltimore, Hong-Kong, London, Sidney – 1989
9. VERZA E. – *Metodologia recuperării în defectologie*, pag 15 – Studiu in "Metodologii contemporane in domeniul defectologiei si logopediei", Universitatea Bucuresti, 1987
10. WILLARD & SPACKMAN'S – *Ocupational therapy*, Sixth edition, edited by Helen Smith, J. B. Lippincott Co, 1983

2. TERAPIE OCUPATIONALĂ APLICATĂ

CUPRINS

ERGOTERAPIE

1. Ergoterapie, repere generale..... p. 77
2. Obiectivele şi efectele ergoterapiei ..... p. 85
3. Elemente practice de ergoterapie ..... p. 99
4. Forme de activităţi de ergoterapie .....p. 106
5. Ergoterapia şi bolile psihice, deficienţii fizici şi mintali .....p. 111
6. Terapia ocupaţională şi E în recuperarea vârstnicilor ..... p. 114
7. T.O. şi „E" la copiii de vârstă mică şi la persoanele cu deficienţă de vedere şi auz ..... p. 121
8. Locul şi importanţa psihomotricităţii în cadrul procesului de educare şi recuperare a debililor mintali ..... p. 128
9. Studierea practică a psihomotricităţii .....p. 135

ARTTERAPIE

1. Repere teoretice generale privind creaţia plastică ..... p. 144
2. Caracteristici distinctive ale artterapiei ..... p. 158
3. Strategii de artterapie accesibile persoanelor cu nevoi speciale ..... p. 164
4. Desenul şi pictura la copii ..... p. 171
5. Contribuţia orelor de îndeletniciri practice şi abilitare manuală la terapia tulburărilor psihomotricităţii copilului deficient mintal .....p. 183

MELOTERAPIE

1. Elemente de meloterapie utilizate în activitatea recuperativ-terapeutică cu elevii cu handicap mintal ..... p. 191
2. Aspecte ale relației dintre meloterapie şi actul educațional-terapeutic ..... p. 205
3. Muzicoterapia şi reeducarea ..... p. 208
4. Muzicoterapia şi terapia cognitivă ..... p. 210
5. Muzicoterapia şi limbajul ..... p. 213
6. Muzicoterapia şi integrarea socio-afectivă ..... p. 215
7. Obiective specifice şi particulare ale muzicoterapiei ..... p. 217
8. Forme de organizare a activităților educațional-terapeutice de tip muzical ..... p. 223
9. Strategii educațional-terapeutice în muzicoterapie ..... p. 230

Bibliografie ..... p. 236

ERGOTERAPIE

CURS 1

ERGOTERAPIA si ARTTERAPIA fac parte din cadrul terapiei complexe recuperatorii si integrate si au cas cop recuperarea persoanei handicapate.

PRICIPIILE ERGOTERAPIEI :

1.-Omul este o fiinta de natura ocupationala-omul are nevoie fundamentala de ocupatie pentru mentinerea entitatii sale fizice si mentale si pentru supravietuire.

2.-Boala are un potential de intrerupere a ocupatiei deoarece renuntarea la ocupatie reprezinta un simptom de avertisment privind posibilitatea aparitiei unei boli sau certitudinea instaurarii.

3.-Ocupatia (munca) este organizatorul natural al comportamentului, ea fiind folosita pentru organizarea sau reorganizarea comportamentului zilnic.

ERGOTERAPIA prezinta implicatii INFLUENTE:

1. –pentru functii simple (precum coordonarea miscarilor).
2. –pentru functii complexe ce se refera la organizarea modului de viata (ritmul zilnic este determinat de progresul de munca).
3. –In cazul in care comportamentul a fost alterat de boala, ocupatia (munca) este folosita ca modalitate de terapie pentru a reface capacitatea de activitate fizica sau intelectuala.

Problema esentiala care se pune in prezent este RECUPERAREA CAPACITATII DE MUNCA A HANDICAPATILOR –CA ANSAMBLU DE MASURI DESTINATE INGRIJIRII SI ORIENTARII SPRE O VIATA UTILA SI ACTIVA PENTRU EI INSISI SI PENTRU SOCIETATE.

ERGOTERAPIA si ARTTERAPIA SUNT DISCIPLINE ALE TERAPIEI OCUPATIONALE. ERGOTERAPIA se incadreaza in cadrul procesului de RECUPERARE a capacitatilor de munca ale handicapatilor.

CONCEPTE FUNDAMENTALE

Recuperarea –in sens anglo-american- reabilitare

franceza- readaptare, reeducare

Recuperarea (Def. Academiei Romane 1974) este prezentata ca o activitate complexa medicala, educationala si socioprofesionala prin care se urmareste restabilirea cat mai deplina a capacitatilor functionale reduse sau pierdute de catre o persoana in urma unei boli congenitale sau dobandite sau a unor traumatisme precum si dezvoltarea mecanismelor compensatorii si de adaptare la viata activa prin asigurarea independentei economice si sociale.

Caracterul terapeutic al muncii este recunoscut si mentinut, ACTIVITATEA fiind recomandata ca metoda de tratament. Ergoterapia este destinata sa destepte interesul subiectilor pentru diverse activitati.

ERGOTERAPIA are la baza semnificatia intrinseca a muncii remunerate in procesul de reinsertie profesionala si sociala a bolnavului (subiectului

si handicapatului). Aceasta participare la activitati ca tesutul covoarelor, confectionari de obiecte, activitati agrozootehnice, cultura plantelor etc.
Se urmareste trezirea interesului pentru munca si formarea unor stereotipuri dinamice pentru ca ulterior prin intermediul unei activitati productive sa se ajunga la o recuperare sociala.

L.PERGUIN (1980) arata ca programul ergoterapeutic nu trebuie restrans numai la munca creatoare de bunuri materiale ci trebuie extins si la activitatile distractive, culturale, figurative. Este o „ metode de tratament pentru afectiunile fizice si mentale prescrisa de medici si aplicata de specialisti folosind munca sau oricare alta forma de ocupatie in vederea corijarii tulburarilor functionale.”

In acceptia anglo-saxona –ocupatia terapeutica cuprinde o sfera mai larga ce include terapia prin munca alaturi de alte terapii.

ERGOTERAPIA difera dupa categoria de deficiente:

1. –pentru infirmii motorii se rezuma la reeducarea musculara.
2. –pentru D.M. ergoterapia urmareste formarea sentimentului de4 utilitate sociala, de autovalorizare, de trezire a sentimentului de incredere in sine, de stabilirea unor contacte sociale in cadrul activitatilor de atelier, productie industriala sau agricola.

ERGOTERAPIA are 2 acceptiuni:

1. In sens larg- sinonima cu terapia prin munca ca metoda in cadrul terapiei ocupationale.

Cuprinde formarea si educarea gesturilor de baza ale mainii, dezvoltarea capacitatilor normale de baza ale miscarii, precizie, forta,

coordonare, viteza de executie, organizarea activitatilor de formare a abilitatilor manuale generale.

Educatia terapeutica a abilitatilor motorii este inclusa direct in procesul de recuperare, in cel de abilitare manuala, indeletniciri practice, lucrari practice prevazute in planul de invatamant al scolii speciale.

La activitatile de atelier este necesar sa se realizeze simultan aceste obiective.

2. –In sens restrans- este un procedeu de recuperare ce se desfasoara in cadrul atelierelor sau unitatilor productive specializate din cadrul spitalelor si unitatilor de asistenta sociala (camine spital pentru deficienti) de asistenta medico-pedagogica (camine scoala, scoli profesionale speciale, in unitati de asistenta sociala si scoli speciale, camine de batrani.)

Este conceputa ca o educatie functionala ce urmareste INVATAREA UNOR ACTIVITATI DE MUNCA punand accentul pe formarea abilitatilor manuale incluzand in sfera sa de actiune toate cazurile de la insuficienta motrica si gestuala pana la debilitate motrica prezenta la deficienții mintal.

IN ACCEPTIUNEA ROMANEASCA (Al. Popescu) ergoterapia este orice activitate fizica, in particular de MUNCA MANUALA CU ROL EDUCATIV SI RECREATIV indicata si dirijata de medic in scop terapeutic si de readaptare. Este o metoda de tratament prin munca ce se poate desfasura in unitatile de asistenta sociala si sanitare pentru recuperarea totala sau partiala a unor bolnavi cronici sau deficiente precum si pentru prevenirea proceselor degenerative la batrani.

ERGOTERAPIA este o forma distincta in cadrul terapiilor institutionale, este o metoda de:

1) ASISTENTA MEDICALA

2) PROTECTIE SOCIALA.

Are drept scopuri: OBIECTIVE:

1. – ameliorarea si recuperarea starii de sanatate.
2. – protectie sociala si beneficii economice.

Ergoterapia spre deosebire de terapia ocupationala se poate desfasura pe baza de autofinantare.

SCOPUL ERGOTERAPIEI consta in :

1. – stimularea increderii in sine a bolnavilor si handicapatilor si dezvoltarea fireasca a personalitatii lor.
2. – organizarea unui program de miscari dirijate in conditii de lucru.
3. – evaluarea capacitatilor si inclinatiilor restante ale subiectilor.
4. – corelarea recuperarii medicale cu cea profesionala.
5. – reinsertia rapida a subiectului in viata sociala, economica si profesionala (neincrederea profesionala duce la instalarea de complexe de inferioritate determinand in unele situatii refuzul de incadrare in viata profesionala)
6. – inlaturarea starii de dependenta a subiectului care se exprima prin intampinarea unor dificultati majore de relationare si actiune.

   Dependenta este determinata de:

   a. – afectiuni locomotorii grave sau psihice.
   b. – maladii organice avansate
   c. – varsta avansata.

INTERVENTIA TERAPEUTULUI trebuie sa se axeze in aceasta situatie pe urmatoarea directie:

1.- punerea la dispozitia subiectului a unor dispozitive tehnice auxiliare.

2.- instruirea anturajului subiectului.

3.- amenajarea corespunzatoare a mediului inconjurator al subiectului.

CRITERII DE ALEGERE A ACTIVITATILOR PRACTICE SAU A TIPURILOR DE MUNCA

1. Activitatea practica sa fie adecvata TIPULUI DE DEFICIENTA si nu numai categoriei de DEFICIENTA GENERALA.
2. ACTIVITATEA SA AIBA UN MARE CONTINUT TERAPEUTIC
3. Sa prezinte interes pentru deficient in masura in care conditioneaza calitatea si randamentul in activitate.
4. Sa fie adecvata posibilitatilor reale ale deficientului si sa poata fi efectuata efectiv si independent de catre acesta.
5. Sa nu ofere prilejuri de instalare a sentimentului de inutilitate sociala sau de excludere din procesul muncii.
6. Sa formeze sentimentul de utilitate sociala realizabil prin abtinerea de produse valorificabile.
7. Sa formeze contactele sociale intre participantii cu acelasi diagnostic intre cei cu diagnostice diferite in cadrul activitatilor prestate.

EVOLUTIA ERGOTERAPIEI IN ROMANIA

O marturie a folosirii muncii in tratamentul bolilor psihice la noi in tara, dar mai ales faptul ca ergoterapia era cunoscuta in tara noastra o constituie lucrarea prof. Obreja - „Notite asupra lucrarilor manuale in ospiciul Marcuta”(1904), in care autorul analizeaza rezultatele bune obtinute prin aceasta metoda de tratament.

Inca din sec XIX este folosita ergoterapia in spitalele de boli psihice si de tuberculoza –mentioneaza dr. I. Alexandru de la Spitalul Socola din Iasi

Din 1980 regulamentul de functionare a institutiilor de psihiatrie contineau prevederi explicite privind utilizarea bolnavilor in activitati denumite in prezent terapie ocupationala si ergoterapie.

Unitatile de psihiatrie organizate la sfarsitul sec XIX si incep. Sec. XX, aveau in afara spatiului de cazare, mari suprafete agricole pentru activitatile terapeutice prin munca. Ex: Sibiu, Tarnaveni, Sighet, Oradea, Lugoj, Timisoara, Craiova, Spitalul Gh. Marinescu, etc.

In ultimele 2 decenii asistam la un reveriment in terapia prin ocupatie si munca in sensul alinierii tarii noastre la experientele tarilor cu o veche traditie in aceast plan si avand o reglementare la stat si o finantare concentrata in vederea dezvoltarii ergoterapiei. In aceasta perioada ia nastere ergoterapia psihiatrica remunerata, cu extinderea ei si la alte unitati in afara Spitalului Clinic Socola (sectia ergoterapie unde a fost aplicata pentru prima data aceasta metoda)

Reglementarea aparuta in 1970 statueaza pentru prima data organizarea ergoterapiei in unitatile sanitar-medicale si de protectie sociala. Prin acest act juridic bolnavii internati si ambulatori care

desfasoara o activitate in cadrul ergoterapiei beneficiaza de o cota din contra-valoarea muncii efectuate urmarea valorificarii produselor realizate, iar unitatile sanitare unde se obtin astfel de produse sunt beneficiare ale sumelor incasate.

INSTITUTII in care ergoterapia se desfasoara pe baza autofinantarii:

- Spitalul de ergoterapie Sipote, Iasi.
- Spitalul orasenesc Tarnaveni, jud. Mures.
- Spitalul de Neuropsihiatrie Sapoca cu sectia „Ojeasca", jud. Buzau.
- Spitalul Jebel –jud. Timis.
- Spitalul Clinic Gh. Marinescu-Bucuresti.

TIPURI DE INSTITUTII unde se organizeaza ergoterapia.

-Organizarea terapiei prin ocupatie si munca include, in general, spitale de profil psihiatric. Locurile de desfasurare sunt organizate de ONG-uri.

-In unitati pentru asistenta sociala (unitati pentru deficienti, handicapati, varstnici).

-Unitati de profil geriatric (Spitalul si Caminul Spital Berceni –Bucuresti)

-Cercuri de terapie ocupationala

-Centrele de zi pentru handicap sever-polihandicapati.

CURS 2

OBIECTIVE SI EFECTELE ERGOTERAPIEI

Ergoterapia a fost definita: in sens larg=ergoterapia este sinonima cu terapia prin munca ca metoda in cadrul terapiei ocupationale.

in sens restrans=procedeu de recuperare ce se desfasoara in cadrul atelierelor sau unitatilor productiv specializate din spitalele si institutiile de asistenta si scoli speciale.

Avand in vedere domeniile de aplicabilitate ale ergoterapiei (patologia loco si neuro-motorie, bolile psihice, neurologice, bolile pulmonare, reumatologice, geriatrice, pediatrice, cardiace, deficientele mintale, senzoriale), **obiectivele intrinseci** sunt: 1)- inlaturarea tulburarilor pasagere, simple sau multiple si reeducarea gestuala, deci recuperarea unui deficit motor;

2)- reeducarea mijloacelor de exprimare, implicand vorbirea, comportamentul;

3)- restabilirea independentei bolnavului sub aspect psihomotric.

-**obiectivele extrinseci:**1)- recuperarea totala sau partiala a capacitatii de munca;

2)- incadrarea profesionala si sociala;

3)- amplificarea procesului de maturizare.

1) **Recuperarea totala sau partiala a capacitatii de munca**- asigura o autonomie economica si sociala prin obtinerea colaborarii active a subiectului din proprie convingere, prin eforturi de vointa si interes sa reuseasca sa raspunda cerintelor vietii normale, deci sa fie redat societatii.

Desi are si un scop economic, valoarea economica a „E" are o importanta secundara, prin aceea ca:

- scurteaza perioada incapacitatii de munca;
- este mijloc de instruire a deficientilor pentru obtinerea unor castiguri prin munca, economisind ajutoarele medicale si pensii;

Principala sarcina a „E" nu este de a crea valori ci de a ajuta subiectul la integrarea constiintei de sine si redobandirea relatiilor cu societatea si viata.

Nu interseaza cantitatea productiei, ci ceea ce simte bolnavul, posibilitatea de a fi din nou activ, de a crea ceva nou, fenomen ce are valoare si pentru societate.

Valoarea economica a „E" a dat nastere la controverse.

Studiile publicate sub egida UNESCO privind aspectele economice ale educatiei speciale, urmarita in 3 state, Cehia, Noua Zeelanda, SUA, stabilesc gradul si maniera in care handicapatul mintal poate dobandi independenta economica ca urmare a unui proces de asistenta, tratament si educatie adecvate.

Studiile urmaresc: 1- gradul de autonomie economica

2- raportul care exista intre efortul societatii si profiturile aduse, atat pentru individ, cat si pentru societate.

Studiul lui FR.KABELE, referitor la invatamantul din Cehia clasifica handicapatul mintal in 5 grupe, dupa criteriul prognozei

profesionale, gradul de realizare a unei autonomii economice, ca urmare a unui „tratament complex”.

- primele doua grupe – au statut de invaliditate completa
  - nevoia de asistenta indelungata
  - pot avea rol in societate uneori in conditii speciale
- grupa a 3-a –beneficiaza de asistenta sociala pentru ca la varsta adulta sa poata presta o activitate corespunzatoare, avand o capacitate de munca partiala.
- grupa a 4-a- prognoza profesionala favorabila-capabila de munca dupa 18 ani.
- grupa a 5-a- cu posibilitati normale de insertie socio-profesionala (cuprinde handicapati de origine socio-culturala).

Studiul lui Braddock, referitor la invatamantul special din SUA, criteriu de evaluare a beneficiilor ce le aduce educatia speciala=independenta economica si sociala, deci 1) notiunea de autonomie.

Autonomia este conceputa ca avand un caracter de relativitate, ce se poate determina in 3 domenii:

1)- familial sau plasament familial

2)- educatie

3)- ocupatie (ocuparea unui loc de munca in conditii de concurenta).

In fiecare domeniu exista diferite grade de autonomie - de la autonomia apropiata de normal pana la cea de relativa independenta, ce solicita unele conditii speciale.

Dupa Braddock „a fi handicapat intr-un domeniu nu inseamna a fi handicapat in altul.”

2) Al doilea obiectiv extrinsec urmarit de tratamentul ergoterapiei este cel de **incadrare sau reincadrare profesionala si sociala a handicapatului.**
3) Al treilea obiectiv se refera la **amplificarea procesului de maturizare.**

Ergoterapia, considerata ca mijloc de maturizare, plecand de la stadiul infantil datorat procesului de regresie ce apare ca o consecinta a deficientei, pana la nivelul de maturatie, apropiat de varsta corespunzatoare de nivel mintal, de pregatire scolara si de experienta de viata a deficientului.

Aspectele readaptarii profesionale

In rezolvarea problemelor de **readaptare profesionala** va trebui sa tinem seama de cele 10 comandamente ale existentei integrate a handicapatului, propuse de Einer Helander: viata familiala (cu un camin, copii, participare directa la viata comunitatii, locuinta, educatie si formare); petrecerea timpului liber, „loisir”; servicii publice (ex. accesul handicapatului la mijlocul de transport), posibilitati de asociere; situatia economica (compensarea pierderilor de venit ca urmare a infirmitatii); participare la activitati politice (drept de vot si de a avea un rol in administratia publica).

EFECTELE ERGOTERAPIEI „E”

Fiind, in esenta, activa, ordonata, terapia prin ocupatie si munca se opune inactivitatii, posibilitatii renuntarii, efecte frecvente ale bolilor si spitalizarilor de lunga durata. Odata cu distragerea

bolnavului, aceste activitati ii mobilizeaza energia, vointa, dorinta de recuperare.

1. Posibilitatea de a fi implicat in activitati placute, care necesita atentie, determina **scaderea anxietatii**, prin scurtarea timpului de introspectie; face uz de deprindrile cognitive ca: planificarea, memoria, concentrarea si procesele secventiale; contribuie la **respectul de sine** datorita achizitiilor si promoveaza placerea prin activitatea simpla de „a face”.
2. Posibilitatea de a lucra pentru a surmonta deficitul motor prin folosirea unor activitati adaptate si uneori special proiectate si dotate cu echipamente ce faciliteaza modele de miscari; folosirea prelungita (indelungata) a corpului in activitati coordonate si miscari lejere si secventiale.
3. Posibilitatea achizitiilor de deprinderi si abilitati in ciuda disfunctionalitatii, imbunatateste imaginea de sine si conserva deprinderile fizice si cognitive.
4. Posibilitatea de a face lucruri ofera ocazia de etalare fara restrictii si graba sentimentele lor fata de altii care impartasesc aceeasi experienta, sansa de a face lucruri in comun, de a fi intr-un rol independent si a-si imbunatatii deprinderile de comunicare.

   Posibilitatea de a avea un ciclu al activitatilor zilnice mai normal promoveaza o stare de bine, o relaxare naturala; inlatura nocivitatea problemelor asociate cu inactivitatea.

   Efectele terapiei (Steindler) prin activitate si munca sunt multiple:

   1) fizice,

   2) psihice

3) psiho-sociale

4) economice.

Steindler le formuleaza astfel:

1. – din punct de vedere fizic creste forta musculara si rezistenta la oboseala, se dezvolta coordonarea motorie si viteza miscarii.
2. – din punct de vedere intelectual intelectual se constata o influenta normalizatoare, se micsoreaza emotivitatea, se elibereaza energia potentiala, se dezvolta atentia, se inlocuiesc tendintele psihice dominatoare, se capata incredere in sine, se educa obiceiul de a lucra si posibilitatea expresiei personale, dezvoltandu-se initiativa.
3. – din punct de vedere social se dezvolta responsabilitatea de grup si de cooperare si se favorizeaza contactele sociale.
4. – din punct de vedere economic se descopera reactii profesionale, se creaza obisnuita activitatii in ateliere, care ajuta, eventual, pacientii la intretinerea lor in institutii (sanatorii).

FAZELE PROCESULUI DE ERGOTERAPIE

Conform terminologiei lui Reed (1980), procesul de „E" este caracterizat de patru faze:

1.- **evaluarea formativa**- care cuprinde toate demersurile ce aduc date despre subiect, ce concura la analiza informatiilor privitoare la subiect, obiectul tratamentului;

2.- **evaluarea planului de tratament**- grupeaza toate obiectivele tratamentului precum si programul si tehnicile de tratament, genul de activitati, cadrul spatio-temporal;

3.-**efectuarea tratamentului ergoterapeutic**- inglobeaza aplicarea programului si cuprinde planificarea fiecarei secvente, a fiecarei activitati propuse.

4.-**evaluarea sumativa**- se raporteaza la masura efectelor terapiei si la eficacitatea terapiei.

Alegerea continutului fazelor releva experienta clinica si pedagogica. Delimitarea fazelor „E" faciliteaza intelegerea procesului de ergoterapie. Cele patru faze nu includ toate tipurile de actiuni efectuate de ergoterapeut.

ANALIZA ACTIVITATII CUPRINSE IN „E”

Pentru a profita din plin de activitatile de care subiectul are nevoie sau este interesat, ergoterapeutul trebuie sa le analizeze d.p.d.v. al factorilor neurofiziologici si neuropsihologici.

a)- **aspectele motorii**

-miscarile corpului si ale capului;

-balanta si echilibrul morfostatic;

-daca sunt facilitatoare sau inhibitoare pentru miscarile reflexe sau tipurile posturale;

-mobilitatea si stabilitatea necesare in timpul lucrului;

-natura deprinderilor normale;

b)- **aspectele senzoriale**

-nivelul de dezvoltare al componentelor senzoriale;

-impulsul senzorial direct si natura stimularii tactile si auditive;

-impulsul senzorial indirect din ambianta;

-cerintele vizuale si auditive;

-impulsul proprioceptiv continut in activitate.

c)- **aspectele perceptuale**

-atentia indreptata spre miscare;

-perceptia unilaterala sau bilaterala;

-perceptia indreptata spre corp sau spatiul extrapersonal;

-recunoastere, selectie si manipulare de obiecte;

-informatiile percepute bidimensional necesita intelegerea intre spatii tridimensionale.

d)- **aspectele cognitive**

-memoria, concentrarea, atentia

-deprinderi verbale si de calcul;

-rezolvarea de probleme, adaptabilitatea si intelegerea cauzei si efectului.

Fordyce (1971) a aratat ca, atunci cand analizam activitatile profesionale sau cele distractive, acestea pot fi clasificate in trei (3) categorii:

- 1) activitati centrate pe simbol – activitati privitoare la cuvinte, numere, concepte si idei;
- 2) activitati centrate pe manipulare motorie, activitati ce cuprind miscari (fizice) si deprinderi de manipulare;
- 3) activitati centrate pe relatii interpersonale, activitati cu privire la oameni si participarea la intruniri si activitati organizatorice.

Analiza cu grija a activitatilor determina ergoterapeutul sa simplifice procedurile, sa gradeze activitatile.

Ex. Forber (1982) arata ca atunci cand parti dintr-o activitate sunt prea dificile, trebuie folosite activitati subcorticale, care sa intareasca scpurile terapiei in stadiile timpurii ale tratamentului, ca de ex., in loc sa ceri subiectului sa intoarca capul, atentia subiectului ar trebui indreptata spre un stimul vizual care sa-l determine sa intoarca capul cu usurinta.

TEHNICI DE FACILITARE A ACTIVITATII

Activitatile constiente necesita activarea mecanismelor corticale care pot fi puse in functie prin stimularea periferica sau centrala. Tehnicile care faciliteaza desfasurarea unei activitati si pot fi folosite inainte sau dupa desfasurarea unei activitati pentru a facilita achizitiile, includ:

a – antrenarea de pozitii si modele ale miscarii partilor corpului;

b – formarea de diferite tipuri de deprinderi, input-uri cutanate si proprioceptive;

c – largirea informatiei senzoriale;

d – aplicarea **pricipiilor invatarii.**

Pentru a invata, subiectul trebuie sa fie motivat, sa i se ofere un mediu proprice pentru invatare, sa i se ofere o practica adecvata, insotita de informatii senzoriale si o experienta de invatare, **motivatia,** pentru a obtine cooperarea subiectului la terapia propusa, acesta trebuie sa aprecieze corect natura infirmitatii sale (dezabilitati), sa doreasca o imbunatatire a situatiei lui si sa fie convins de necesitatea si folosul tehnicilor propuse.

Ergoterapeutul trebuie sa vorbeasca despre natura disfunctiei la nivelul de intelegere al fiecarei persoane, deci o abordare emotionala, pentru ca pacientul sa-si poata adapta propria imagine anterioara la realitatea prezenta. Aceasta nu este posibil fara intelegerea naturii disfunctiei sale. Discutia trebuie sa progreseze de la atingerea scopului, atat a subiectului cat si a ergoterapeutului spre o structurare de program terapeutic.

MIJLOACELE (TERAPIEI OCUPATIONALE) ERGOTERAPIEI

Numarul deficientilor si invalizilor a crescut pe plan mondial cu 10%, fapt determinat de :

- accidente de circulatie si munca;
- poluarea mediului ambiant-deficiente inascute;
- factori stresanti;

  Reinsertia handicapatilor in societate evita starea de dependenta sociala, prin ancorarea in circuitul economic a unui numar de persoane ce isi aduc, in acest fel, contributia la venitul national.

Cele 3 componente ale ergoterapiei sunt: m. preventiva,
m. curativa,
m recuperatorie-
diminuarea pana la anulare a deficientelor restante dupa boala.

Recuperarea este o activitate complexa, ce include metode medicale, sociale, profesionale, realizate de o echipa complexa formata din diversi specialisti (medici, bioingineri, psihopedagogi, economisti, ergonomi, kinetoterapeuti) ergoterapeuti ce-i obliga pe acestia la imaginea si realizarea de **dispozitive tehnice auxiliare**, pentru handicapati, menite sa le asigure autonomia.

Mijloacele tehnice folosite sunt „sisteme de transformare a mediului ambiant in scopul de a facilita apropierea, primirea si integrarea handicapatului in mediul lui de viata”.

Din punctul de vedere al destinatiei, acestea sunt:

1.- **mijloace de deplasare** (carje, fotolii, bastoane, automobile, dispozitive de acces, etc.)

2.- **dispozitive folosite in activitatea cotidiana** (autoservire la imbracare si dezbracare, la servirea mesei, etc.)

3.- **dispozitive auxiliare menajere** (pentru spalat, calcat, gatit, cusut, etc.)

4.- **mijloace audio-vizuale si recreative.**

5.- **dispozitive si mijloace profesionale** (instrumente de lucru adaptate, sisteme de comanda si deplasare la distanta).

In alegerea unei activitati cu caracter terapeutic trebuie sa se aiba in vedere aspectele fizice, psihice, profesionale si sociale in relatie cu particularitatile deficientei si personalitatii subiectului.

A) **Aspectul fizic**- miscarea fiind un element principal in ameliorarea si/sau recuperarea functiei deficitare, vom avea in vedere

1)**amplitudinea,** care trebuie sa fie mai completa in articulatia afectata, aceasta putandu-se realiza prin pozitia adoptata de bolnav prin reglarea anumitor aparate sau prin materialul folosit. In recuperare sunt implicate un intreg ansamblu de mijloace si aparate auxiliare, ex. proteze (corsete, atele, etc.), pentru a mentine permanent in pozitia corecta membrele si coloana vertebrala.

2) **rezistenta la efort** care poate fi dezvoltata prin folosirea unor materiale diverse, ca lemn, lina, sfoara, fie prin folosirea unor instrumente variate ca forma si greutate.

3) **coordonarea miscarilor** prin miscari vizand o parte sau totalitatea membrelor, pana la miscari de mare amplitudine (tesut, olarit) sau miscari de finete (desen, scris, claviatura).
4) **repetitia** in scopul echilibrarii perioadelor de contractie si relaxare a muschilor, pentru antrenarea functiei si evitarea oboselii.

B) **Aspectul psihic** –infrangerea rezistentei opuse activitatii de catre bolnav sau handicapat datorita modificarii starii fizice, in urma unei perioade mai lungi sau mai scurte de inactivitate. In scopul executarii de operatii sau obiecte se va tine cont de optiunile aptitudinale si starea lui mintala pentru a nu i se depasi capacitatea de efort.

C) **Aspectul profesional** –nu include ca o conditie absoluta apelarea la fosta meserie a subiectului (muncitor, intelectual), preferand mai ales in stadiul initial al recuperarii alte activitati, diferite de fosta lui meserie, apoi reluarea activitatii sale de baza. Rolul ergoterapiei este de a apela a gestualitatea legata de meseria avuta, in scopul corectarii deficientei motorii si psihice si parcurgerii progresive, naturale, libere a etapelor de incadrare in munca..

In cazul **reorientarii profesionale**, in atelier este un prilej de testare psiho-tehnica.

D) **Aspectul social** reinsertia sociala a subiectului poate fi facilitata prin elemente si gesturi de autoservire, legate de viata zilnica, chiar si in cazul celor cu membre amputate, pentru pregatirea gestualitatii, in vederea protezarii sau de adaptare la activiati menajere, prin folosirea de ustensile si mobilier special cu elemente reglabile (setare cu manere adecvate, vesela incasabila, mese si scaune usor accesibile, etc.)

Activitatea de recuperare este completata si de mijloacele auxiliare, realizate in ateliere de ergoterapie.

CURS 3.

ELEMENTE PRACTICE DE ERGOTARAPIE

A. **Organizarea atelierului de ergoterapie sau T.O.**

Activitatea „E" se poate organiza atat pentru handicapati bolnavi internati in spitale cat si pentru bolnavii ambulatori din stationare de zi, laboratoare de sanatate si centre de recuperare, etc. aceste activitati se pot desfasura atat in saloanele de bolnavi cat si in ateliere profilate de diverse meserii sau in gospodarii anexe sau ajutatoare, in ultimele cazuri ele aplicandu-se sub forma de tratament prin munca.

Atelierele si gospodariile cu caracter exclusiv de „E" se organizeaza si vor functiona pe baza normelor legale care reglementeaza infiintarea si organizarea gospodariilor anexe de pe langa institutii si inteprinderi, prin gosp. anexa intelegandu-se activitati autofinantate, adica ca unitate separata, cu plan de productie si plan funciar propriu ale carei produse se valorifica la pretul pietii.

Gospodariile ajutatoare nu au un asemenea statut si vor functiona ca un compartiment, servicii, sectie, activitatile lor fiind finantate nemijlocit in cadrul si in plan financiar propriu al unitatii sanitare sau de asistenta sociala ca facand parte din structura proprie valorificarea produselor realizandu-se la pretul de cost real.

Sub raport metodologic, literatura de specialitate medico-psiho-pedag. De la noi este modesta in ceea ce priveste metodologia de organizare si particularitatile si exigentele si ‚E" in multe domenii ale morbiditatii sau a mentinerii starii de santate.

Pana in prezent, in tara noastra, nu putem vorbi de o fundamentare stiintifica, completa, bazata pe o experienta larga si indelungata a T.O. si „E” (cu caracter fiziologice ale diferitelor feluri de munca si forme morbide) care sa constituie material de baza pentru elaborarea unei metode terapeutice individuale, strict dozate si dinamice. De aceea indrumarile au ca suport, in primul rand, literatura straina de specialitate.

Organizarea atelierelor de „E”, prioritatile sau alegerea metodelor terapeutice pot impune activitati variate. Cerinte pentru organizarea activitatilor de ergoterapie:

1. – implantarea unei activitati impune un anumit studiu al locurilor de munca, utilajelor, planurilor de munca si amplasare;
2. – organizarea unei activitati „E” destinata copilului necesita planuri speciale pentru local si echipament;
3. – antrenarea specifica pentru activitatea cotidiana pe parcursul unei parti importante a timpului subiectului, cere o repartitie specifica a zonelor de lucru, a materialului, a activitatilor;
4. – atelierul un care se va recurge la tehnici de expresie (pictura, desen, papusi, dans, etc.) va necesita anumite materiale si un anumit amplasament al mobilierului.

   Organizarea muncii in atelierul de „E” se refera la un ansamblu de masuri ce au drept scop folosirea rationala atat d.p.d.v. al tratamentului medical cat si d.p.d.v. al posibilitatilor de realizare, a efortului prin ocupatie si munca al subiectilor inclusi in procesul de recuperare.

   In ateliere se practica diviziunea muncii iar ca forme de diviziune a muncii se disting:

   a) – diviziunea muncii pe operatii;

   b) – diviziunea muncii pe obiecte; (discipline)

c) – diviziunea muncii in functie de calificare;

a) Subiectul are de executat o singura operatie sau un numar mic de operatii asemantoare, la un singur tip de masina sau mai multe. Aceasta este de natura sa permita insusirea rapida de catre bolnav a deprinderilor necesare grabirii recuperarii sale, deprinderi utile si la viitorul loc de munca, in vederea reinsertiei sale profesionale.
b) Presupune repartizarea lucrarilor in functie de posibilitatile fizice si intelectuale ale subiectului, permitandu-i-se sa deprinda in scurt timp un mestesug folositor sau sa-si reia vechea ocupatie.
c) Pe langa atributiile avute in vedere la diviziunea muncii pe obiecte, se tine cont si de gradul de calificare al subiectului avut inaintea internarii sale.

Resocializarea bolnavului prin ateliere, sectii bine organizate, depinde in mare masura de micriclimatul social in care subiectul are nu numai drepturi (HCM 1210\1970), dar si indatoriri si raspunderi concrete in cadrul grupului din care face parte. Laboratorul de „E" este un mijloc original de angajare a responsabilitatii bolnavului. Acest aspect este denumit „E" selectiva sau de „**faza prevocationala".**

B. Conditii ergonomice

Organizarea locului de munca- se are in vedere asigurarea factorilor de ambianta fizica, psihica si sociala corespunzatoare, poate fi solicitata in limite fiziologice capacitatea de munca a deficientului.

Conditii ambientale –influenteaza –calitatea muncii

- cantitatea muncii

- capacitatea functionala a individului.

Culorile influenteaza direct confortul afectiv. Ele se impart in :

– calde

- reci

- vesele

- triste

- culori relaxante, ce formeaza odihna sistemului nervos;

- culori inchise, care sunt catalogate drept culori grele;

Mai intervin:- zgomotul, muzica, vibratiile.

Organizarea si utilizarea unui atelier de ergoterapie depinde de sarcinile ce urmeaza sa fie asumate, de numarul de persoane avute in vedere (bolnavi, ergoterapeuti), de tipul de handicap si de mijloacele financiare disponibile.

In acceptiunea lui Louis Pierquin, in „Ergotherapie" (1980) intr-un atelier ar putea lucra 20-40 bolnavi si 1-3 ergoterapeuti.

C. Legislatie

HCM 1210\1970 –organizarea de act. De „E" se poate defasura atat in unitatile sanitare cat si de asistenta sociala (ocrotire). Fiecare retea si, in cadrul ei, fiecare unitate poate sa-si organizeze act. de „E" pe profilul respectiv, incepand cu formele cele mai simple si terminand cu cele mai complexe.

Acest act normativ prevede o serie de avantaje in scopul cointeresarii unitatilor sanitare in aplicarea „E astfel:

1 –beneficiile realizate nu se varsa in bugetul statului, ci raman in folosul unitatii sanitare;

2 –nu se intocmesc planuri de productie care sa fie integrate in planul de stat sau in planurile departamentale (se planifica);

3 –nu se calculeaza si nu se varsa amortizare pentru fondurile fixe din dotarile atelierelor sau a gradinilor anexe;

4 –produsele obtinute si serviciile prestate sunt scutite de impozitul pe circulatia marfurilor;

5 –soldurile in numerar, disponibile in conturi la banci, la incheierea anului bugetar, se raporteaza in anul urmator in scopul dotarii si dezvoltarii activitatii de ergoterapie si a crearii conditiilor de spitalizare si intretinere a bolnavilor.

Desi latura productiva este secundara in ambele terapii, atat in cea prin acupatii, cat si cea prin munca, apar totusi efecte de ordin economic, acestea realizandu-se prin:

Efectele economice

- reintegrarea in sfera productiva a indivizilor handicapati
- reducerea incapacitatii temporare de munca si grabirea reintegrarii in munca;
- obtinerea de economii la ajutoare medicale, pensii de invaliditate;
- aport material revenit unitatii sanitare de protectie sociale si subiectilor insisi prin obtinerea unor venituri suplimentare.

HCM 1210\1970 prevede si masuri de cointeresare a bolnavilor, in mod direct, in realizarea act de ‚E" in sensul ca din valoarea muncii efectuate, bolnavii tratati ambulatoriu au dreptul sa beneficieze in procent de 70%, iar cei internati in procent de 30%, cu conditia ca produsul muncii lor sa fi fost valorificat.

In sustinerea actului legislativ s-a adaugat HCM 296\1973, care prin anexa 3 normeaza numarul de posturi pentru incadrarea personalului

pentru act de „E”; cadrele ce pot fi folosite sunt cele cu studii medii sanitare, personal auxiliar, persoane cu pregatire tehnica profesionala.
Probleme de –calificare

- remunerare
- stabilitatea cadrelor

D. Rolul si atributiile ergoterapeutului

Ergoterapeutul trebuie sa dovedeasca o temeinica stapanire a celor doua orientari de baza a T.O. si „E” si anume legate
1) de psihologia si
2) recuperarea motrica.

El trebuie sa aiba aptitudini practice de artizanat, de utlizare a artelor vizuale, calitati pedagogice, sa cunoasca normele de protectie a muncii.
Ergoterapeutul trebuie sa cunoasca si sa inteleaga boala si psihicul pacientului, lumea lui interioara sa fie capabil de a stabili relatia optima cu fiecare pacient sau cu grupul de munca pentru a organiza si dirija atentia subiectului si a indruma comportamentul lui.
Trebuie sa aiba bun gust, simt estetic, calitati artistice, pentru a influenta dorinta de a crea obiecte atragatoare si de calitate.
Trebuie sa revitalizeze aptitudini tehnice sau chiar o gandire tehnica.
Trebuie sa stie sa dozeze durata sedintelor de lucru in functie de indicatiile medicului, dupa sensibilizarea subiectului la oboseala, factorul motivatie, varsta, profunzimea si tipul handicapului.
Trebuie sa respecte alternarea perioadelor de lucru cu cele de odihna.
Trebuie sa supravegheze permanent activitatea tuturor subiectilor.

In cazul afectiunilor psihice, ergoterapeutul nu-si va impune opinia, ci va lasa subiectul sa-si aleaga ce doreste, daca alegerea este justificata de posibilitatile fizice si psihice ale acestuia.

Ergoterapeutul nu se substituie altor specialisti in recuperare, el contribuind prin experienta sa la perfectionarea tehnicilor „E" si totodata sa contribuie la recuperarea subiectului in totalitatea sa, n numai recuperarea aptitudinilor tehnice, de exemplu. (Recuperarea totala fizica, motrica, psihica, sociala, profesionala contribuie la integrarea sociala).

CURS 4

FORME DE ACTIVITATI DE ERGOTERAPIE

Anumite tehnici artizanale ofera solutii in antrenarea la efort si in ocuparea timpului in scop de recuperare, putand fi considerate tehnici de baza.

In continuare se incerca o grupare si o prezentare a principalelor ateliere in care se pot aplica diverse meserii si activitati, sectoare agrozootehnice, de autogospodarire, care ofera din abundenta prilejul de recuperare printr-o ocupatie sau munca utila, placuta.

Criteriul care sta la baza unei meserii sau activitati de T.O. sau de „E" este acela al **gesticii profesionale**, insotit de indicatia medicului.

Exista mai multe grupuri de meserii si activitati.

A. –impletiturile
–olaritul si modelajul
–tamplaria, dulgheria si sculptura in lemn
–tesutul si tapiteria

B. –prelucrarea metalelor-sudura, lacatuserie, strungaria, etc.

C. –munci de birou, utilizarea calculatorului, mecanica fina, electronica, informatica.
-activitati mestesugaresti

D.–activiati speciale-fotografie, tipografie, imprimerie, croitorie, spalatorie, calcatorie.

E. –activitati special unor categorii de handicap sau anumitor varste- marochinarie, legatorie, cartonaj.

A. Acest grup de activitati are o larga aplicabilitate, fiind utilizate intr-o forma sau alta in majoritatea afectiunilor pentru recuperarea membrelor superioare si inferioare, si prezinta interes deosebit fiind numite **munci la inaltime**, mobilizand membrele inferioare in extensie. Sunt cuprinse in toate serviciile de „E si cer coordonarea si viteza, dar si atentia sporita.

Sunt folosite in recuperarea membrelor dupa hemipareze prin mobilizarea diverselor parti afectate, prin stimularea functiilor psihice, ceea ce duce la crearea de satisfactii si favorizeaza reluarea contactelor sociale.

La toate activitatile din acest grup predomina necesitatea unei puternice prehensiuni , ce favorizeaza recuperarea miscarii degetelor si mainii, a intregului membru superior, in ansamblu.

Impletiturile favorizeaza amplitudinea miscarilor. Trebuie evitate pozitiile si miscarile vicioase. Acest soi de activitate este indicata pentru T.O. si „E' in paraplegii, miscarile membrelor superioare antrenandu-le pe cele ale membrelor inferioare incet-incet.

Olaritul si modelajul sunt activitati care antreneaza miscarile de finete ale degetelor de la mana, stabilizeaza articulatiile mainii, iar miscarile piciorului poe pedala mesei de modelaj trebuie coordonate cu cele ale mainilor. Este o activitate folosita la recuperarea paraplegicilor, hemiplegicilor, afectiuni motorii, deficienti mintal. Nu este indicata reumaticilor din pricina apei folosite la modelare.

Modelajul in ceara este o activitate (de T.O.) si „E" usor de executat si ofera posibilitatea verificarii precise a presiunii exercitate pe suprafata de modelat.

Ceramica este greu de executat din pricina materialelor scumpe si a cuptorului indinspensabil.

Tamplaria, sculptura in lemn, dulgheria sunt actvitati care necesita precizie si forta, sunt prin excelenta barbatesti si pot contine si elemente mecanice –fierastraie mecanice sau manuale, rindele, dalti, ciocane. Sunt folosite mai ales in recuperarea membrelor superioare. Reprezinta mai multe avantaje –poate fi adaptata si handicapatilor, se poate face o dozare lesnicioasa a cerintelor gestuale, obiectele obtinute sunt de mare varietate. Sunt indicate pt. recuperarea hemiplegicilor, in afectiunile osteo-articulare, la varstnici in limita posibilitatilor.

Impreuna cu celelalte activitati artistice, sculptura in lemn poate fi folosita in T.O. si „E" deficientilor psihici. La copii conteaza foarte mult folosirea obiectului produs, (motiv de mandrie) ceea ce prezinta importanta integratoare, dezvolta imaginea de sine.

Activitati feminine: tesutul si tapiteria, crosetatul, tricotatul, brodatul, sunt activitati posibil de executat de bolnavii paraplegici, asezati in carucioare. Constituie un bun prilej de antrenare la efort, iar misacrile usoare ale membrelor inferioare pot ajuta si la recuperarea acestora. Produsele acestor activiati pot fi folosite in interior, ceea ce ofera o satisfactie deosebita.

B. Meseriile prelucratoare de metale sunt folosite pentru recuperarea membrelor, pentru o mai buna coordonare a miscarilor. Pentru alegerea uneia sau mai multor activitati din acesta categorie trebuie avute in vedere aptitudinile subiectilor, facandu-se apel la capacitatea restanta fara a solicita segmentul deficitar fiziologic sau anatomic.

Aceste activitati au in vedere recuperarea membrelor superioare in special, dar si a celor inferioare prin actionarea unor pedale sau alte dispozitive din atelier.

C. Lucrarile de mecanica fina, electronica si mici reparatii electrocasnice (electrice, computere, computere adaptate) necesita cunostinte tehnice in acest domeniu.

T.O. si „E" urmaresc recuperarea mai ales a incheieturii mainii si a degetelor. Se dezvolta presa tridigitala, fiind solicitata in acelasi timp fara rezistenta sau cu o rezistenta minora articulatia cotului si a umarului.

Pozitia sezand, folosita in aceste activitati, le face indicate paraplegicilor sau deficientilor motori.

Este necesara o atentie crescuat, precizie si indemnare, dar si o buna acuitate vizuala ceea ce face ca sa nu poata fi practicata de cei varstnici si bolnavi psihic.

Un alt grup de activitati cuprinde: fotografia

Tipografia

Imprimeria

Croitorie, spalatorie si calcatorie

Este un grup mai special de activitati, avand in vedere superioritatea tehnicilor folosite, lucru care le face aplicabile unui grup mai redus de recuperare.

E. Activitati pentru nevazatori: marochinaria, legatoria si cartonajul- exemplu de activitate la pat pentru tetraplegici. Se poate executa cu ajutorul unor dispozitive adaptate starii fizice a persoanei de recuperat. Asigura pe de o parte antrenamentul bolnavilor si pe de alta parte

posibilitatea de a se produce obiecte utile, care ofera bolnavilor satisfactia muncii lor.

Cartonajul este activitatea pentru varstinici, tetraplegici, cardiaci, reumatici. Fiind o activitate de grup, se utilizeaza un spectru larg de tehnici, de la simplu la complex.

Aceste activitati sunt indicate si nevazatorilor ele practicandu-se si in atelierele protejate.

CURS 5

A. ERGOTERAPIA SI BOLILE PSIHICE, DEFICIENTII FIZICI SI MINTALI

Una din cele mai importante si dificile probleme ale ergoterapiei cu privire la bolnavii psihici este de a determina la acestia un impuls spre o activitate folositoare, de a-l mentine si dezvolta pana la limita devenirii utile.

Boala psihica pune in dicutie, cu precadere un grad de **incapacitati fizice,** si incapacitatea autoconducerii privind integrarea utila in mediul social si in procesul muncii.

Includerea psihoticilor si psihopatilor in procesul ergoterapeutic **normalizeaza relatiile dintre bolnavi, stimuleaza pe cei inactivi, impiedica dezvoltarea starii agresive sau de vegetatie pasiva,** duce la coordonarea, cat de cat, a gesturilor, reflexelor, ideaticii, vorbirii, echilibreaza afectivitatea, stimuleaza memoria, vointa, activitatea. Se urmareste formarea la handicapatii psihic a unor abilitati psihice si profesionale in limita capacitatilor sale functionale restante si o proportionala ameliorare si reeducare psihica.

Bolnavul psihic lasat in stare pasiva, lasat la discretia unei mentalitati de neincredere in posibilitatile de redresare umana prin folosirea capacitatilor sale de energie restanta, se degredeaza fizic si spiritual, ramane condamnat la orizontalizarea pe patul sau de suferinta.

Scopul principal este resocializarea bolnavului; munca in colectiv si folosirea meseriilor sunt elemente indispensabile.

Caracterul colectiv al muncii permite:

1) –confruntarea rezultatelor individuale intre bolnavi
2) –cultiva sentimente si comportamente de reintegrare sociala
3) –determina aprecierea celor ce se disting in munca are caracter stimulator.

Constituirea unui program de lucru- este conditionata de starea bolnavului si de o atitudine care sa nu lase impresia ca i se impune ceva.

Alegerea activitatilor –trebuie sa i se ofere satisfactia reusitei; se recomanda cultura plantelor, floricultura, gradinarit, la bolnavii psihic acuti terapia prin munca se face la nivelul salonului.

P.Brinzei, in prefata cartii „Ergoterapia" de Al. Popescu, scrie ca pentru bolnavii cu psihoze cu evolutie prelungita –bolnavi cronici trebuie sa se tina seama de:

a. – optimizarea tehnico-administrativa si economico-financiara, pe care-l ofera psihiatria cu profil ergoterapeutic.
b. – criteriul medico-psihologic, efectul unei activitati in spatiu descis asupra unui bolnav psihic este foarte puternic, care intrece orice alt efect al vreunei medicament psihotrop.

Bolnavul nu are voie sa lucreze intr-un mediu periculos.

Dupa o anumita perioada de ergoterapie, bolnavii pot fi indrumati spre: ateliere protejate sau de munca la domiciliu, stationarul de zi.

B. ORGANIZAREA ACTIVITATILOR DE T.O. SI „E” PENTRU BOLNAVII NEUROMOTORI

In neurologie „E” este un bun mijloc de marire a potentialului functional pentru o serie de bolnavi cu deficiente motorii, datorita unor leziuni periferice sau centrale, cu tulburari de coordonare de pe urma carora bolnavul a ramas cu un deficit functional. Se abordeaza urmatoarele practici: fizioterapie, cultura fizica medicala, terapie ocupationala, ergoterapie, kinetoterapie.

Exista doua modalitati de ergoterapie:

1) – „E” pentru bolnavi acuti – anumitor grupe de muschi si functii nervoase;
2) – „E”pentru bolnavii cronici – este o etapa importanta- metode profilactice si curative pentru tulburarile de comportament, pentru dezechilibrul psihic care survine la infirmii motori. Se folosesc o serie de aparate si dispozitive adaptate gradului de suferinta si care ofera posibilitatea exersarii unor miscari prin confectionarea diferitelor obiecte. Pentru a evita oboseala si durerea, aparatele sunt reglate sub posibilitatile de miscare maxime ale suferindului. Exista:

1. activitate destinata bolnavilor cu membrele lezate, la inceputul perioadei de recuperare;
2. pentru bolnavii ajunsi la sfarsitul recuperarii, cand activitatile de „E” trebuie sa se apropie de conditiile de lucru obsnuite =**globala pe plan gestual** –ex. tamplarie, gradinarit.

ERGOTERAPIA MEMBRULUI SUPERIOR LA ADULTI

Membrele superioare sunt responsabile de efectuarea celor mai importante operatiuni musculare- prehensiune, presiune, tractiune, respingere. La aceste membre se remarca atat dexteritatea digitala cat si coordonarea motrica completa. „E" ofera o gama larga de activitati, fizice si intelectuale, alese in raport de handicap si gusturile bolnavului (ex. prelucrarea lemnului). Ergoterapeutul canalizeaza activitatea bolnavului pentru utilizarea maxima de gesturi reeducative = subiectul devine mai activ cand vede ca eforturile lui se materializeaza sub forma unui obiect.

C. ERGOTERAPIA SI T.O. LA DEFICIENTII PSIHICI (INAPOIATII MINTAL)

Scopul este de a **normaliza**; accesul la ceea ce este normal. **Integrarea** =posibilitati de terapie si coordonare a serviciilor medicale cu alte servicii sociale; integrarea este o cale spre normalizare.

Nu este negat handicapul existent dar se incearca punerea in valoare a capacitatilor fizice si mintale restante ceea ce determina ca handicapul sa fie mai putin pronuntat. Inapoiatii mintal necesita o succesiune de terapii, asigurate pe perioade lungi de timp, chiar toata viata. Conditia este ca ajutorul sa survina cat mai devreme si de o maniera cat mai direct posibila.

De la cura la ingrijire – scopul este de a crea o persoana adaptata, principiu fundamental.

RELATIA ERGOTERPIE-NORMALIZARE

Obiectivele normalizarii profesional si social

Normalizarea se poate aplica tuturor categoriilor de handicap. Pentru asta trebuie atinse urmatoarele obiective:

- h. sa traiasca cat mai aproape de normal, in propria lui camera sau cu un grup mic;
- sa traiasca intr-o lume bisexa;
- sa fie supus unui ritm zilnic normal;
- sa lucreze intr-o ambianta diferita de cea in care traieste, saia masa intrun mediu familial, sa-si petreaca timpul liber cum doresc;
- mediul stimulativ sa fie corespunzator varstei;
- tinerilor inapoiati mintal sa li se acorde ocazia de a incerca unele din activitatile si formele de viata ale adultului, in scopul de a li se permite sa se detaseze de parintii lor.

Normalizarea institutiei: Institutia are de facut fata urmatoarelor cerinte de normalizare:

- sa fie organizate pe principiul grupelor mici;
- normativele fizice sa reduca la maximum facilitatile colective, de ex. toaleta, chiuvete, dusuri, dormitoare, etc.
- institutia sa fie situata in mijlocul unei colctivitati;
- parametrii institutiei sa nu depaseasca pe cei care ar permite asimilarea in colectivitate a celor ce traiesc acolo;
- contactele sociale ale institutiei sa fie liber dezvoltate in ambele sensuri;

- la sfarsit de saptamana cei internati sa se poata bucura de alte domicilii;
- institutia sa fie in legatura permanenta cu parintii, rudele handicapatilor mintal;
- aportul ONG-urilor;
- legile 53 si 57, privitoare la protectia handicapatilor in Romania.
-

Tendintele ale T.O. si „E" la debilii mintali in alte tari.

Principiul este ca toti copiii d.m. sunt educabili. Gradul de educabilitate sau needucabilitate reprezinta linia de demarcatie dintre scolile ajutatoare si caminele spital.

SUEDIA- retea bine organizata pentru **recuperare;**parte a sistemului destinat sa dea o instruire completa.

Legea prevede:

- indrumarea in cariera- ofera asistenta pentru orientarea practica spre ocupatie;
- ingrijire la domiciliu;
- vizitarea de catre d.m. a centrelor de recuperare;
- ateliere protejate –ateliere protejate
  -munci de birou protejate
  - protectie in aer liber
- se tinde ca toate comunitatile urbane sa aiba un centru de ergoterapie si o sectie de d.m. la un atelier protejat.

DANEMARCA -1) atelierele protejate primesc toate categoriile de handicapati, avand productie pe toate domeniile: tamplarie, lacatuserie, legatorie de carti, cartonaj, instalatii, tesatorie si arta aplicata, cu remunerare per bucata;

- 2) locuri de munca individuale, in institutii publice sau similare: muzee, arhive, biblioteci.

Indifernt de faptul ca d.m. pote munci sau nu, are nevoie de ajutor pentru a da sens vietii lui prin contactul cu restul oamenilor. In 1970 ,40% dintre d.m. erau institutionalizati, iar restul in familie sau alte forme de habitat –apartamente cu amenajari speciale, pensiuni pentru 8-10 persoane si pensiuni care devin permanente, pentru pregatirea tinerilor prin ergoterapie.

T.O. SI „E” IN RECUPERAREA VARSTNICILOR

In toata lumea numarul vârstnicilor.. creste permanent = societatea nu mai poate asigura mijloace suficiente pentru o asistenta sociala corespunzatoare (unicul scop al recuperarii este o problema primordiala).
Persoanele vârstnice cumuleaza –infirmitati generale de imbatranire sau rezultate din afectiunile capatate in decursul vietii; degradarea capacitatii de rationament si de adaptare cu impact asupra vietii psihologice si sociale.
Persoanele vârstnice se confrunta cu trei probleme caracteristice:

1) – anxietate
2) – dezorientare
3) – dependenta

Perspectivele varstnicului depind de personalitatea si de starea lui de sanatate, ca si de conditiile de mediu.

Dupa conceptia dr. C. Bogdan, in prezent are loc o imbatranire a populatiei bolnave, cu implicatii medicale si psihologice, familiale si economice legate de sporirea costului ingrijirilor.

Unul din factirii care accentueaza acest fenomen este **subsolicitarea** din partea anturajului, care elimina tocmai compensarea atat de necesara pierderii unei activitati si functii programate.

Modalitati de T.O. si „E”

1) Se instituie o T.O. si o „E” de sustinere, care impreuna cu kinetoterapia pot pastra macar activitatea zilnica si autonomia gestualitatii habituale.

2) In cazuri mai grave, in faza de recuperare a gesturilor cotidiene pot fi aplicata o terapie de functie (toaleta, alimentatie, instalarea in fotoliu) pentru a se evita fixarea la pat.

Suplimentar in cazul unei spitalizari prelungite se manifesta o deprimare = psihoterapie, comunicarea cu bolnavul.

Scopul ,E" asigura: recuperarea moticitatii

O reluare a activitatilor de zi cu zi

O psihoterapie finalizata printr-o colaborare activa a varstnicilor

O socioterapie prin intermediul atelierului si muncii de grup cu contributia comuna si socializanta a mai multor batrani la confectionarea acestor obiecte.

Ergoterapia este metoda cea mai adecvata a fenomenului de desocializare specifica varstnicilor.

Ergoterapia – angajarea in activitatea dirijata care contribuie la restructurarea personalitatii pe cale de destramare;

- combate tendinta de izolare, de insingurare, de introspectie si intoarcere in trecut a batranului, favorizand contactele sociale afective, oferind un nou limbaj si contribuind la dezvoltarea relatiilor interpersonale.

Aspecte practice de activitate T.O. si „E" la varstnici

T.O. si „E" in geriatrie trebuie sa tina cont de :

a) procesul scaderii globale a capacitatilor si a deprinderilor, a gradului de utilizare a lor datorita fenomenelor somato-psiho-sociale ale varstei inaintate;

b) pregnanta afectiunilor psihice sau somatice in functie de experienta morbida a persoanei.

Organizarea, prescrierea si aplicarea act. de T.O. si „E" trebuie sa porneasca de la cunoasterea particularitatilor bio-psiho-sociale si de morbiditate ale varstnicului.

Activitatile de T.O. trebuie sa inceapa cat mai repede posibil, impreuna cu reluarea act., zilnice si a tratamentului kinetoterapeutic.

Atelierul sau locul de munca reprezinta locul unde traieste si se exprima varstnicul, reprezinta un **mediu social.**

Din punct de vedere. **metodic si organizatoric**, in alegerea activitatilor practice se impun conditii adaptate starii de sanatate a **v.**

Cerinte: noua activitate trebuie sa nu fie identica cu cea exercitata inainte, pentru a pastra aspectul de noutate.

CURS 6

T.O. SI ‚E' LA COPIII DE VARSTA MICA SI LA PERSOANELE CU DEFICIENTA DE VEDERE SI AUZ

Pornind de la semnificatia etimologica a termenului de „E" , atunci cand raportam aceasta metoda la copil, vom adopta termenul de T.O., termen pe care il folosim si pentru adulti atunci cand nu este vorba de o munca propriu-zisa (ce comporta un efort mai mare, deseori finantata si urmarindu-se un avantaj economic), ci o activitate mai usoara sau o ocupatie culturala, distractiva, ce se efectueaza sub forma unei relaxai cu componente de **recuperare.**

T.O. raportata la copil include orice joc sau orice activitate atragatoare care poate contribui la formarea sau ameliorarea sa fizica si psihologica.

Factorii de care trebuie sa se tina cont in alegerea activitatilor de T.O. sunt: varsta, sexul, afectiunea, gradul si localizarea leziunii, scopul urmarit, efectele T.O. asupra functionalitatii, preocuparile si aptitudinile subiectului pentru acest gen de terapie.

In sens restrans, scopul T.O. cu privire la copil este de a-l ajuta sa se adapteze mediului (de spital), de a crea o atmosfera proprice dezvoltarii capacitatilor functionale, in sensul de a face ca acesta activitate sa devina controlata, in limitele permise de afectiunea de care sufera.

Vorbind despre copilul internat este uneori greu de delimitat rolul terapeutului ocupational in raport cu kinetoterapeutul sau de invatatoare

(in cazul copiilor mici), care utilizeaza materialele didactice elaborate de gradinite. Copilul internat ridica probleme psihologice deosebite; despartirea de parinti, de persoanele apropiate, de obiectele familiare; plange, geme, refuza medicamentele, mancarea, este nervos si tensionat. Daca copilul trebuie sa fie izolat intr-o boxa sau intr-o camera singur din motive medicale, reste anxietatea. Aceste sentimente apar mai intens la copilul ce are deteriorat unul dintre simturi (vedere, auz), precum si la copilul timid, ce se ataseaza greu si se inchide in el insusi sau cel venit din mediul rural, ce se simte complet dezorientat.

In spital, pe langa colaborarea cu ceilalti specialisti, terapeutul ocupational este acela care inlocuieste familia, care le poarta de grija si le acorda asistenta exprimand amabilitate, caldura, calm, folosind rabdarea, incurajarea si fermitatea.

Copilul spitalizat trebuie sa aiba o viata pe cat posibil apropiata de cea normala si, in consecinta, i se va permite orice activitate compatibila cu starea sanatatii sale.

Programul de activitati trebuie astfel ales incat sa ofere copilului satisfactie personala si, in acelasi timp, sa-i permita o reintoarcere progresiva la un anumit grad de independenta. In raport cu preferintele bolnavului si indicatiile medicului T.O. se va axa pe:

1. –**ocupatii pasive-** muzica, povesti, fotografii, proiectii de film, povesti, desene animate, etc.
2. –**ocupatii usoare**- efectuate in pat sau in picioare- jocuri de constructie, mai mult sau mai putin dificile, jocuri colective, etc.

In cazul copilului imobilizat prin tractiune sau gipsare, in cazul copilului cu poliomielita sau alte boli ce au restrictii de activitate, T.O. va

cauta jocuri ce se adapteaza la pozitia copilului, la limitarea miscarilor, jocuri ce evita obosirea lui sau limitarea timpului de joc.

Pentru copiii ce sunt obligati sa stea pe spate se pot folosi activitati ce antreneaza psihicul copilului – imagini proiectate, jocul mainilor, auditii muzicale, etc.

T.O. nu are numai o valoare psihologica, ea contribuie la recuperarea psihosomatica a copilului; copilul care oboseste repede repetand de mai multe ori aceeasi miscare, ajunge sa poata face si desface acelasi joc fara a obosi. Jocurile sunt folosite pentru a indruma la primii pasi, pentru reintegrarea in grup a copilul se duce la sala de joaca, in mijlocul copiilor, el uita de frica, paraseste bastoanele si carjele, fiind preocupat de logica jocului.

T.O. trebuie sa fie in stare sa prelungeasca actiune kinetoterapeutului, sa vegheze la desfasurarea unei activitati corecte si utile.

Conceptia actuala privind tratamentul prin T.O. implica mai mult decat joaca la copil. In pediatrei aceasta este o pregatire a copilului pentru rolul de adult prin interpunerea unor activitati adecvate dezvoltarii sale functionale, orientata spre corectarea oricarui tip de handicap.In acest sens se tine seama de nivelul performantei fizice si psihice, de starea senzoriala, perceptive, precum si de repercursiunile pe care le au privatiunile copilului handicapat.

Terapeutul ocupational trebuie sa intervina cat mai curand posibil; acesta este un principiu fundamental ce se cere respectat, mai ales in cazul copiilor mici.

T.O. este indreptata spre castigarea autonomiei copilului, abilitatea acestuia de a se autoservi sub toate aspectele castigarea unei independente cat mai largi.

In toate programele de recuperare pentru copii cu deficiente diverse, ce includ T.O., atat la nivelul spitalelor cat si al altor tipuri de institutii de ocrotire speciale – camin spital, camin scoala, scoli speciale, centre de recuperare, program de recuperare la domiciliu, sunt incluse activitati ce concura la formarea deprinderilor de autonomie personala, a deprinderilor de viata zilnica, igiena personala, alimentarea, vestimentatia, viata de relatie, cunoasterea mediului ambiant, incepand cu spatiul apropiat si continuand cu spatii deschise, etc.

Obiectul T.O. este pregatirea progresiva si rationala a copilului pentru activitati cotidiene cu un grad cat mai mare de independenta, educarea generala a copilului si a familiei acestuia pentru a sti cum sa se poarte cu un copil deficient si sa contribuie la educatia acestuia.

In privinta activitatilor normale, copilului trebuie sa i se confere, de la bun inceput, libertatea gesturilor, deplasarii si apucarii de obiecte, in scopul de a i se dezvolta psihomotricitatea. Copilul are nevoie sa vada, sa pipaie si sa manevreze obiecte cat mai diverse ca forme, colorit, destinatie (copii nevazatori), pentru a-si imbogati experienta. Ulterior copilul va invata sa confectioneze obiecte din hartie, lana, piele, materiale plastice, fiecare dupa posibilitati.

Mai tarziu va fi apreciata pirogravura – la contact cu munca, cu efortul, cu miscarea; pentru fetite mai mari **tricotajul** este o activitate atragatoare si usoara.

In toate activitatile T.O. folosirea jocurilor este primordiala. Jocul contribuie la dezvoltarea tuturor simturilor, a afectivitatii, inteligentei, psihomotricitatii, sensibilitatii; jocurile il pregatesc pe copil pentru relatiile sociale si il pun in contact cu utilul si cu artele, cu conditia ca jocurile alese pentru el sa fie in concordanta cu posibilitatile restante, ca urmare a handicapului si sa aiba un caracter educativ psihic si motor.

In cazul copiilor infirmi motor toate aceste deprinderi ale unor activitati legate de alimentatie, vestimentatie si viata cotidiana, inclusiv jocurile, se fac cat mai mult posibil prin renuntarea la fotolii rulante, bastoane, carje sau aparate ortopedice. Acesti copii trebuie deprinsi sa se deplaseze singuri, sprijinindu-se pe mobile, pe pereti, fiind ajutati de unii dintre colegi, dar numai dupa o asteptare plina de bunavointa si rabdare.

Contactul cu lumea exterioara este o alta etapa, foarte importanta, in educarea copilului handicapat. Acest contact cu natura, cu plantele, cu animalele, il ajuta sa se maturizeze si il imbogatesc, determinand progres afectiv si psihomotor.

Principii privind metodele de lucru cu copii handicapati:

- sa nu observe copilul ca se lucreaza in alt mod cu el decat cu ceilalti.
- Sa se respecte ritmul, stereotipul propriu, avand rabdare, in vederea obtinerii celor mai bune rezultate, prin adeziunea copilului la activitatea propusa;
- Copilul va fi indrumat sa confectioneze obiecte care vor fi ale lui;
- Sa se converseze cu copilul la nivelul lui de intelegere;
- Evolutia in activitatea din atelier, aprecierea stadiului de independenta atins, posibilitatile fizice si intelectuale ale copilului.

In cazul copiilor **nevazatori** – luand in discutie deficienta cea mai grava –copilul nevazator din nastere-proiectarea activitatilor de T.O. trebuie sa tina cont de unele aspecte particulare, determinate de natura deficientei.

Copilul care sufera de orbire totala este tentat sa-si foloseasca degetele si mainile pentru a avea o experienta tactila care sa-i permita explorarea mediului inconjurator. El va prefera sa stea undeva, leganandu-se usor si, uneori, murmurand ca pentru sine. Aceasta sovaiala de a inainta prin spatiu nu este explicata doar prin teama ca s-ar putea rani, ci, mai degraba, prin lipsa in a frecventa lumea in spatialitatea ei; daca universul nostru este spatial al lui este temporal; pentru el lumea e alcatuita mau mult din sunete, tonuri, intervale si ritmuri. Stimularea de care au nevoie acesti copii trebuie sa porneasca de la lumea lor temporala si sa-i ajute sa-si diferentieze si sa-si clarifice trairile. Mijlocul cel mai recomandat este **muzica.** La copilul nevazator acest domeniu depaseste limitele persoanei normale.

Eforturile depuse pentru a-l ajuta pe copilul nevazator vor fi incununate de succes atunci cand profesorul si terapeutul ii vor permite sa-si organizeze treptat propriile sale concepte spatiale pe baza conceptelor temporale pe care le detin, dupa criterii ca: primul, ultimul, dupa coordonate ca: sus, jos, stanga, dreapta. Va trebui sa-l ajutam sa treaca de la modul liniar si unidimensional specific de perceptie la perspectiva bi si tridimensioanala a spatiului. Exercitiile pentru percepera spatiului in relatie cu propriul corp n sunt extrem de utile in dezvoltarea copilului. Tot atat de importamta este dezvoltarea si diferentierea simtului tactil. El isi foloseste degetele mai mult ca pe niste ochi decat ca pe niste unelte; va trebui ajutat sa-si formeze deprinderi normale, dar varfurile degetelor vor fi astfel exersate incat sa-si pastreze cea mai mare sensibilitate posibila.

Cand copilul invata sa meraga va invata sa se familiarizeze cu spatiul mic din camera sa, cu obiectele din preajma sa si apoi cu spatii mai mari.

Sensibilitatea tactila trebuie cultivate; ex: modelajul, plastilina, alte mijloace.

Copilul cu handicap asociat –orbire si surzenie.

- datorat rubeolei suferite de mama in primele luni ale sarcinii care determina leziuni deosebit de grave –problema tine, in primul rand, de capacitatea noastra de a comunica cu acesti copii.
- Simtul tactil- perceperea caldurii corpului – i se arata lumea lucrurilor cu dezvaluirea utilitatilor; scopul =dobandirea unei minime independenta.

CURS 7

LOCUL ŞI IMPORTANȚA PSIHOMOTRICITĂȚII ÎN CADRUL PROCESULUI DE EDUCARE ŞI RECUPERARE A DEBILILOR MINTAL.

MORICITATE SAU PSIHOMOTRICITATE ? –PREMISE TEORETICE ŞI METODOLOGICE

Activitatea motorie joaca un rol de importanta deosebita i procesul complex de constructie, modelare si dezvoltare a psihicului.

Contributia sa principala la formarea psihicului se realizeaza prin intermediul procesului de cunoastere umana care asigura integrarea individului in mediul in care traieste.

Cunoasterea umana se realizeaza (dupa Brener) pe trei nivele supraordonate, precum straturile unei piramide:

1 – cunoasterea prin activitate (enactiva) care reprezinta nivelul bazal;

2 - cunoasterea prin imagini (iconica);

3 – cunoasterea prin limbaj, generalizatoare si abstractizanta denumita de el simbolica.

Cunoasterea practica, obiectuala, asa dupa cum dovedesc cercetarile lui Piaget si Galperin in legatura cu formarea notiunilor prin actiuni mintale etapizate determina evolutia psihicului fiind implicata fundamental in construirea operatiilor procesului gandirii ,consolidarii memoriei si a celorlalte procese psihice in ansamblu.

Deci, rolul motricitatii nu se limiteaza numai la activitatile care au un caracter motor evident ci se extinde si asupra proceselor intelectuale prin intermediul celor senzoriale.

Implicarea motricitatii in sfera celorlalte procese psihice ale individului se exteriorizeaza in actele sale comportamentale legate intim de sfera personalitatii.

Participarea motricitatii la conturarea profilului personalitatii este un fapt deja dovedit incepand cu educarea temperamentului continuand cu slefuirea aptitudinilor si culminand cu influentarea caracterului.

Componentele esentiale ale motricitatii (forta, viteza, precizia si coordonarea miscarilor) sunt elemente esentiale care deosebesc o personalitate de alta in functie de gradul lor de specificitate determinand un tablou unic, irepetabil in fiecare individ.

Aceasta il face pe Robert Jeudon sa afirme foarte plastic:”personalitatea fizica si motorie este atat de evidenta incat de la distanta si mult inainte de a-i fi putut identifica trasaturile recunoastem o persoana dupa ritmul pasilor sau dupa gesturi la fel de precis ca dupa voce sau dupa figura.

Rolul determinant al motricitatii in dezvoltarea procesului de cunoastere, legatura stransa cu ceilalti analizatori care asigura functia de reflectare, implicarea directa in toate actele comportamentale precum si demonstrarea faptului ca tulburarile functiei motorii deregleaza intreaga viata psihica au orientat cercetarile actuale catre analizarea motricitatii in stransa legatura cu psihicul uman cu care se afla intr-o unitate indestructbila. Studiile efectuate s-au soldat cu aparitia termenului sintetizator si integrator de structura psihomotrica.

O structura psihomotrica etse o structura neurofiziologica care asigura functionalitatea motorie generala, coordonata si dirijata de psihic si influentata in mod deosebit de activitate si constiinta.

Caracteristicile mai importante ale unei astfel de structuri sunt (dupa C.Paunescu):

1. – autonomia functionala datorita automatizarii actelor motorii componente si
2. – mobilitatea de adaptare care este raspunzatoare de dezvoltarea si adaptarea omului la mediu.

Elementele structurii psihomotrice devin operante numai atunci cand sunt vazute in stransa legatura cu personalitatea.

Referitor la acest aspect Dupro, Pick si Roussel afirmau ca psihomotricitatea constituie un ansamblu incoerent de componente ale actiunii sau actului care-si capata un sens in momentul in care acestea sunt integrate si subordonate sistemului personalitatii.

Trecand la analiza psihomotricitatii copilului handicapat mintal constatam de la inceput deosebirile ce se evidentiaza intre acesta si normalul de aceiasi varsta.

Structura psihomotricitatii specifica debilului mintal are drept cauze prezenta leziunilor corticale si subcorticale, imposibilitatea proiectiei mintale a motricitatii si slaba coordonare si integrarea neurofiziologica si intelectuala.

Cu cat gradul deficientei mintale este mai pronuntat, cu atat si nivelul dezvoltarii psihomotrice este mai deficitar.

TULBURARILE CONDUITEI MOTORII LA DEFICIENTUL MINTAL

Tulburarile conduitei motorii se asociaza in cazul handicapatului mintal cu o serie intreaga de tulburari fizice si fiziologice specifice.

Mentionam mai jos cele mai importante tulburari psihomotrice ale conduitei copilului debil mintal.

a) – tulburarea echilibrului morfostatic;
b) – slaba coordonarea a miscarilor in spatiu si timp;
c) – imposibilitatea coordonarii oculo-kinestezico-senzitive a miscarilor;
d) – tulburari legate de rapiditate, precizia si adresa miscarilor;
e) – lipsa sensibilitatii profunde a miscarilor;
f) - mersul defectuos;
g) – prezenta paratoniilor (dificultatea sau chiar imposibilitatea de relaxare musculara voluntara) si a sincineziilor (miscari spontane induse sau provocate in partea opusa altei miscari);
h) – hipo si hiperkinezia (imposibilitaea de a executa anumite miscari necesare coordonarii anumitor segmente ale corpului sau, dimpotriva, om agitatie motorie permanenta);
i) – prezenta stereotipiilor motrice, miscari stereotipe ale unor segmente ale corpului, de exemplu ale mainilor, capului, intalnite mai ales la formele grave ale debilitatii, cum ar fi idiotia si imbecilitatea.
j) – lipsa memoriei schemei motorii la nivelul sistemului muscular;
k) – toate cele enumerate ducand in final la imposibilitatea structurarii unei conduite adaptative eficace deoarece aceasta se bazeaza pe

acte motorii mobile si ineficiente, neintegrate suficient in cadrul actiunii globale.

Tratarea si corectarea acestor deficiente prezinta o importanta deosebita pentru ca de la nivelul abilitaii manuale si al fortei fizice depinde insasi autoaprecierea valorica pe care si-o face copilul deficient mintal (fapt demonstrat de cercetarile lui R. Perrou).

In practica zilnica din scoala ajutatoare nu vom intalni insa decat arareori tulburari ale conduitei psihomotrice izolate ci deobicei acestea se vor gasi asociate intr-o multitudine de forme ale deficientei motorii ce capata aspecte caracteristice pentru fiecare copil in parte in functie de stadiul sau de dezvoltare generala.

FORME ALE DEFICIENTEI PSHIHOMOTRICE

Dintre aceste forme ale deficientei psihomotrice mai des se intalnesc urmatoarele:

1.Intarzierea in maturizarea psihomotrica.

Copiii cu acesta forma de tulburare se aseamana cu copiii normali, dar de o varta mult mai mica. Ei prezinta dificultati in coordonarea statica sau dinamica generala, au un echilibru deficitar si tonusul ,muscular adesea slabit sau rigid, ceea ce determina o lipsa a sensibilitatii profunde a miscarilor.

2.Instabilitate psihomotorie.

Aceasta este totdeauna insotita de tulburari pronuntate ale atentiei.

Miscarile elevilor cu aceasta forma de deficienta sunt rigide si nesigure, coordonarea lor este difuza sub toate aspectele sale si prezinta greutati in realizarea echilibrului morfostatic.

Adesea, peste acest tablou simptomatic intervine fobia copilului pentru anumite miscari.

Au greutati dosebite in mentinerea in sarcina pe lunga durata.

3. Debilitatea motrica.

Datorita lezarii centrilor de elaborare si de o sinteza a miscarilor acesta sunt greu, doar partial invatate si cuplate in comportament.

Copiii cu aceste deficiente au dificultati legate de rapiditatea, precizia si adresa miscarilor prezinta o slaba coodonare in spatiu si timp cat si oculo-kinestezice senzitiva.

La acest nivel, cu cat gradul de complexitate si de solicitare a proceselor intelectuale este mai mare, ca atat imposibilitatile manuale se manifesta mai puternic.

4. Tulburarile motrice de natura socio-afectiva

Starile de neliniste, teama si impresionabilitatea cauzata de desele insuccese anterioare provoaca dereglari functionale ale inhibitiei musculare si afecteaza calitatea miscarilor acestor copii sub toate aspectele sale.

5. Nedezvoltarea motrica.

Copiii se caracterizeaza printr-o gama larga de tulburari ale miscarilor care duc in cele din urma la instalarea unei imobilitati motrice generale. Cauzele sale rezida fie in hiperprotectionismul familial si social in care s-au dezvoltat copiii respectivi, fie in prezenta unor maladii neuropsihice grave.

De multe ori intalnim cele doua cauze asociate, ele determinandu-se reciproc.

Recuperarea tuturor formelor de afectiuni psihomotrice, sarcina importanta a scolii ajutatoare, necesita o tratare individualizata, indelungata, corect gradata in timp cu metode si mijloace judicios alese in vederea reducerii progresive pana la anularea decalajului ce separa la acest capitol elevul debil mintal de cel normal dezvoltat.

CURS 8

STUDIEREA PRACTICĂ A PSIHOMOTRICITĂȚII

(ŞI A RAPORTULUI SĂU CU PERFORMANȚELE SCOLARE)

-Studiu aplicativ efectuat la elevii debili mintal din clasele I-IV-

Pentru a realiza studierea practica a motricitatii elevului din clasele elementare ale scolii ajutatoare si a determina conexiunile acesteia cu performantele elevilor in activitatea de invatare am efectuat o investigatie cu urmatoarele obiective:

A.- Stabilirea legaturii dintre varsta cronologica si cea motrica la elevii din scoala ajutatoare;

B.- Stabilirea unui profil al motricitatii elevilor debili mintal;

C.- Stabilirea legaturii dintre nivelul dezvoltarii motrice a debililor mintal si situatia lor la invatatura (oglindita in notele scolare obtinute).

Populatia analizata a fost alcatuita din elevii claselor I-IV al Scolii ajutatoare nr. 5, Bucuresti, in anul scolar in curs 1982-1983.

Din randul acestei populatii a fost extras un esantion aleatoriu calculat pentru a fi reprezentativ la 40 de elevi (10 din fiecare clasa inclusa in studiu de la I-IV).

Metoda folosita a constat din aplicarea testului ‚scarii motrice" Ozereski care permite identificarea a patru caracteristici de baza ale motricitatii determinate cu ajutorul celor patru grupe de probe ce-l compun..

Aceste caracterstici sunt: coordonarea statica a corpului (studiata de grupa I de probe), coordonarea dinamica a mainilor (studiata de grupa

a-II-a), rapiditatea miscarilor mainilor (studiata de grupa a-III-a) si precizia a doua miscari simultane (studiata de grupa a-IV-a de probe).

Fiecare grupa de probe cuprinde sarcini specifice care se dau spre rezolvare copiilor.

Elevii de o anumita varsta cronologica, normal dezvoltati din punct de vedere psihomotric, rezolva sarcinile motrice pentru varsta respectiva.

In cazul imposibilitatii rezolvarii sarcinilor motrice prevazute pentru varsta subiectilor se dau acestora spre rezolvare sarcini mai usoare, corespunzatoare copiilor de varsta mai mica.

Prin acest procedeu se stabileste, in functie de nivelul performantelor realizate, carei varste motrice ii corespund elevii respectivi.

Aceasta va fi similara varstei daca subiectii rezolva sarcinile motrice pentru varsta lor sau inferioara varstei daca copiii nu pot rezolva decat sarcini motrice corespunzatoare varstelor mai mici, in acest caz ei prezentand o deficienta motrica de un anumit nivel, determinata cu ajutorul probei respective.

Infatisam mai jos o scurta exemplificare a modului de lucru:

Dintre sarcinile date spre rezolvare la grupa de probe ce analizeaza coordonarea dinamica a mainilor, extragem urmatoarele:

Pentru 7 ani

- Sa se faca un cocolos dintr-o hartie subtire sau foita de 5*5 cm cu o singura mana cu palma intoarsa in jos, fara ajutorul celeilalte maini; dupa un repaus de 15 secunda, acelasi exercitiu se efectueaza cu cealalta mana.

Pentru 8 ani

- Cu extremitatea degetului mare se ating in maximum de viteza unul dupa altul degetele mainii incepand cu degetul mic, apoi invers (5,4,3,2, si 2,3,4,5,).

Pentru 9 ani

- Cu ajutorul unei mingii de cauciuc de marimea unei oina, se va arunca intr-o tinta de 25*25 cm la inaltimea pieptului la o distanta de 1,50 m. Aruncarea se va face cu bratul indoit, mai la umar, piciorul de aceiasi parte care arunca, putin inapoi.

Sa presupunem ca un copil in varsta de 9 ani nu reuseste sa rezolve sarcinile motrice ce corespund varstei sale; atunci i se vor da sarcini mai usoare, corespunzatoare unei varste mai mici cu un an decat a sa; daca nu poate sa le rezolve nici pe acestea, i se dau spre efectuare sarcinile echivalente unei varste inferioare cu 2 ani fata de a sa s.a.m.d.

Astfel, se poate ajunge ca la proba in discutie (coordonarea statica a corpului) un subiect in varsta de 9 ani sa nu fie in stare sa rezolve decat sarcini ce corespund varstei de 7 ani, ceea ce inseamna ca la acest aspect al motricitatii el se afla la nivelul unui copil cu 2 ani mai mic, adica are varsta motrica de 7 ani.

In alt caz, la studierea rapiditatii miscarilor, testarea decurge mai simplu; a subiectului o foaie pe care se afla desenate niste patratele.

Sarcina subiectului este sa execute cat poate de repede, in fiecare din aceste patratele, cate o liniuta.

Timpul de executie este de 1 minut, iar performantele ce trebuie atinse (numarul de liniute) sunt indicate pentru fiecare varsta in parte.

PREZENTAREA REZULTATELOR

In urma prelucrarii rezultatelor obtinute rezulta ca din totalul celor examinati 83% prezinta tulburari motrice si un procent relativ mic 17% cu o dezvoltare motrica normala.

Avem astfel un exemplu practic despre sinteza dintre psihic si motor, cauzele care au determinat debilitatea mintala influentand negativ dezvoltarea motorie in ansamblu ei.

A. – In legatura cu primul obiectiv propus –stabilirea legaturii dintre varsta cronologica si cea motrica –am putut constatat ca intarzierea motrica este diferita fata de varsta cronologica la grupele de miscari examinate.

Situatia deficientelor de grupele de miscari studiate se prezinta dupa urmatoarea ierahie:

1- coordonarea statica a corpului 53% din elevi
2- coordonarea dinamica a mainilor 53% din elevi
3- miscari simultane 64% din elevi
4- rapiditatea miscarilor 67% din elevi.

Cele mai frecvente deficiente se afla la rapiditatea miscarilor (67%), urmata foarte aproape de deficientele in realizarea miscarilor simultane (64%).

Interesant este faptul ca la clasa a-I-a nu s-a gasit nici un elev fara tulburari motrice, in timp ce la clasa a-II-a in sus numarul elevilor fara deficiente, desi mic, este intr-o usoara crestere.

Aceste rezultate ne demonstreaza rolul deosebit de important pe care-l are scoala in tratarea si corectarea unor tulburari motorii usoare,

unele din ele recuperabile prin aplicarea unei terapii intensive la o varsta frageda, dar neglijate de familie si ceilalti factori sociali in contact cu copilul.

Consideram ca, pentru organizarea unei activitati scolare cu randament maxim, care sa foloseasca cele mai eficiente cai si procedee pentru recuperarea deficientelor motorii este necesara studierea tulburarilor pe grupe de miscari la nivelul fiecarui elev, pe ansamblul clasei cat si a unor cicluri de clase.

Prezentam in continuare situatia rezultatelor obtinute pe grupe de miscari raportate la ansamblul esantionului ales:

a). La coordonarea statica a corpului – raportul dintre varsta cronologica si cea motrica se prezinta astfel:

- 27% din cei examinati prezinta o intarziere motrica de 1-2 ani.
- 17% prezinta o intarziere intre 2-3 ani
- 9% prezinta o intarziere de peste 5 ani.

Pentru corectarea acestei deficiente o importanta deosebita o prezinta respectarea unei pozitii corecte in banca si la efectuarea celorlate activitati scolare, precum si includerea timpurie in cadrul grupelor pentru corectarea deficientelor fizice.

b) Rezultatele la coordonarea dinamica a mainilor sunt urmatoarele:

- 25% din cei examinati prezinta o intarziere de 1-2 ani;
- 20% prezinta o intarziere de 3-4 ani;
- 10% prezinta o intarziere de peste 5 ani.

Desfasurarea unor activitati din procesul de invatamant care presupun coordonarea mainilor precum scrisul, desenul, colorarea, modelare, decupare duc la ameliorarea acestei tulburari.

c) La proba care analizeaza miscarile simultane ale mainilor tabloul nivelului deficientelor se prezinta dupa cum urmeaza:

- 27% din cei examinati prezinta intarziere intre 1-2ani;
- 20% prezinta intarziere intre 3-4 ani
- 17% prezinta o intarziere in dezvoltarea motrica de peste 5 ani;

Comparand rezultatele obtinute in plan longitudinal, rezulta in cursul procesului instructiv-educativ aceste tulburari sufera o ameliorare treptata la clasele unde s-au ales formele de interventie cele mai adecvate. Jocurile de miscare, de prindere si aruncarea unor obiecte, exercitiile cu bile folosite in invatarea scrierii, impletitul unor materiale diferite, brodatul –sunt cateva exemple de activitati metodice care determina o buna coordonare a miscarilor mainii.

d) Proba deficitara s-a dovedit a fi rapiditatea miscarilor.

- 17% din elevi prezinta o intarziere intre 1-2 ani
- 20% dintre elevi prezinta o intarziere intre 3-4 ani;
- 30% dintre elevi prezinta o intarziere de peste 5 ani.

Procentul crescut de 30% elevi care prezinta o intarziere grava de peste 5 ani la rapiditatea miscarilor se datoreste aproape exclusiv elevilor din clasa a-I-a care prezinta sub acest aspect o nedezvoltare motrica considerabila (idiotie motrica, dupa Ozereski fapt care va necesita masuri energice si urgente pentru ameliorarea acestei situatii.

Rezultatele la aceasta proba nu surprind, fiind un fapt cunoscut ca debilii mintal prezinta un ritm de lucru mult scazut comparativ cu normalul, miscarile sale avand o lentoare caracteristica.

Pentru sporirea vitezei miscarilor, copiii trebuie puşi in situatii care sa le stimuleze controlul voluntar al miscarilor. Executarea sarcinilor desemnate contra cronometru (ca jocurile de rapiditate) determina fixarea si automatizarea mai rapida a gesturilor care duce in cele din urma la amplificarea vitezei de executie.

Practica din scolile ajutatoare demonstreaza ca prin folosirea unor metode si procedee bine alese, corect individualizate si judicios repartizate in timp, se obtin rezultate incurajatoare in terapia formelor de deficienta motrica prezentate.

B. –In urma examinarii nivelului motricitatii la elevii debili mintal s-a alcatuit un profil psihomotic al fiecarui elev.

La fiecare dintre elevii prezentati se observa o dezvoltare inegala a caracteristicilor motricitatii, profilul lor caracterizandu-se printr-o pregnanta asimetrie.

Se observa de asemenea ca debilul mintal se asociaza in general cu debilitate motrica.

Datele obtinute prin aplicarea testului pot fi completate de fiecare cadru didactic in parte prin metoda observatiei cu elemente suplimentare in legatura cu alte caracteristici ale motricitatii fiecarui elev studiat.

Consideram ca profilul motric este un instrument auxiliar eficient pentru stabilirea strategiilor de interventie terapeutica asupra fiecarei individualitati in parte pe parcursul procesului de invatamant.

CONCLUZII PRACTICE SI TEORETICE

1. Frecventa si gravitatea defectelor motrice este in stransa legatura cu profunzimea deficientei mintale si cu nivelul de scolarizare.

2. Debilitatea mintala se asociaza in cele mai multe din cazuri cu o debilitate motrica.

3. Deficientele cele mai frecvente ale elevilor debili mintali sunt la rapiditatea miscarilor si la coordonarea lor simultana, iar mai apoi la coordonarea dinamica a mainilor si coordonarea statica a corpului.

4. Proba Ozereski s-a dovedit deosebit de utila in stabilirea tipurilor si nivelelor deficientelor motrice ale elevilor debili mintal si consideram ca trebuie sa devina un instrument permanent de lucru in cadrul scolii ajutatoare.

5. Scara motrica prezentata poate deveni cu succes un procedeu care sa masoare eficienta procesului de invatamant, deoarece in urma unei aplicari periodice permite inregistrarea rapida, fidela a progreselor inregistrate in dezvoltarea motorie a elevilor.

6. Stabilirea exacta si la momentul oportun a nivelului motricitatii fiecarui elev va inlesni cadrelor didactice o interventie prompta si optimizarea prin alegerea metodelor si procedeelor de terapie cele mai indicate.

Deficientele cele mai frecvente la deficientii mintal sunt:

1)– Rapiditatea miscarilor

2)– Coordonarea lor simultana (precizia a 2 miscari simultane).

REPERE TEORETICE GENERALE PRIVIND CREAȚIA PLASTICĂ

Expresia plastică, desenul constituie o dimensiune a personalității globale, cu o structură şi o existență proprie, cu o geneză anumită şi cu un scop funcțional precis stabilit.

Desenul, ca formă complexă de expresie, e capabil nu numai de a reprezenta structura formală şi conținutul personalității, ci implicit şi de a-l utiliza în investigarea psihodiagnostică.

Aceasta din urmă, în condițiile şcolii pentru deficienții de auz şi pentru debilii mintali, se prezintă ca o metodă de investigare activă ce constă într-o suită de "modele plastice" de la simplu la complex, imagini grupate progresiv şi aplicate după principiile psihologiei experimentale şi psihodiagnozei. Aceste "modele" sunt prezentate subiectului drept "sarcini-stimuli" cărora trebuie să le dea un răspuns sub forma reproducerii plastice.

Neuropsihologia desenului îl prezintă ca pe un proces complex de expresie a personalității, cu o reprezentare corticală şi cu aceaşi valoare ca limbajul verbal (oral şi scris), în raport cu marile funcții simbolice corticale gnozo-praxologice. Fundamentul psihologic pentru explicarea naturii neuropsihologice a desenului se referă la:

- Desenul este o funcție insrumental simbolică a creierului cu aceaşi valoare ca şi limbajul verbal
- Desenul are o reprezentare la nivelul anumitor arii corticale

– Orice leziune produsă la nivelul ariilor corticale ale desenului va determina apariția unei tulburări specifice de desene
– Fiind o funcție neuropsihică desenul poate servi ca formă de analiză psihodiagnostică.

În categoria celor mai frecvente tulburări exprimate plastic şi care au valoare diagnostică se pot enumera:

1. tulburări de formă care reprezintă modificări ale formei fără să schimbe în esență forma naturală

2. tulburările de execuție ale formei ce determină aspectul neterminat, rigid, sărac, dezordonat

3. tulburările de construcție ale formei care constau în:
   - Accentuarea unui element neesențial
   - Stereotipia formei
   - Omiterea unor elemente esențiale
   - Culoarea nu vine în sprijinul formei.

4. tulburările de schemă corporală ce se referă la:
   - Transparența corpului
   - Asimetrii accentuate, disproporții între diferite segmente ale corpului
   - Omisiuni sau adăugire de segmente
   - Corpul redat "cu fața", iar capul şi picioarele "din profil"
   - Capul asimetric, deformat, nelegat de gât, cu contur deschis (sus)
   - Membrele cu aspect apendicular, asimetrice, supra sau subdimensionate, absenta uni sau bilaterală

- "neoformație" = cap dublu, trei mâini, mai multe degete

5. tulburări ale sensului simbolic al formei – apar când se solicită imaginația elevului incapabil de a crea sau folosi "forma simbol" şi se referă la:
   - culoarea ce acoperă ilogic toate elementele (ex. : capul are culoarea hainelor)
   - procedee speciale de desen (umbre, pete de culoare) care nu au nici o semnificație, sens, simbol.

6. tulburări de compoziții. Compoziția este cea mai complexă activitate de desenare la care concură numeroşi factori, cu principii compoziționale logice; aceşti factori conferă compoziției plastice ritm, echilibru, măsură, proporții, forță de emoționare şi de comunicare. Tulburările ei se referă la:
   - absența relațiilor între forme, detaliu, spațiu
   - compoziție închisă "în plan" desfăşurându-se frontal bidimensional, cu aspect static
   - repetiția frecventă a figurilor "schemă"
   - perspectiva afectivă domină perspectiva vizuală inversând raporturile reale dintre elemente
   - neacordarea importanței "mediului" caracteristic temei
   - culoarea nu are rol constructiv sau impresiv, ci exprimă doar trăirile interne ale copilului
   - plan perceptiv îngust, care dă imagini sărace, lacunare, dezmembrate, ireale

7. tulburări de culoare. Întreaga armonie a unei lucrări plastice se sprijină pe tonalitatea cromatică dominantă, pe un echilibru dirijat subiectiv. Tulburările se referă la:
   - nerespectarea realismului vizual
   - absența armoniei cromatice rafinate, tonuri sau nuanțe
   - utilizarea ilogică a culorilor (zăpada roşie, păr verde)
   - efectul spațial al culorilor nu este folosit şi desenul este plat, bidimensional, cu aspect dezordonat.
8. tulburări ale spațiului plastic (relaționarea structurii compoziției cu forma ei totală). Tulburările se referă la:
   - spațiul gol, deschis, sărac, simplist, static, brut, sumbru
   - descriptiv, serial, decorativ
   - spațiu neechilibrat prin sub sau supradimensionarea formelor.

Desenul constituie un mecamism complex care antrenează multiple laturi ale psihologiei individului, având un caracter strict individual specific, în raport cu particularitățile subiectului respectiv, cu capacitatea acestuia de expresie, cu aptitudinile, cu nivelul cultural, cu afectivitatea şi întreaga dinamică a personalității sale.

Însuşirea limbajului plastic oferă deficientului de auz posibilitatea de manifestare firească, prin desen, a unei "gramatici" speciale ce exteriorizează conținutul intrapsihic global al personalității, cu aceaşi valoare ca şi limbajul verbal, sau scris pentru procesul de comunicare interpersonală.

Valențele activității plastice ale desenului sunt insolubil legate de conceptul de evaluare. În conturarea unei definiții a actului de evaluare, preocupările se centrează în condițiile şcolii speciale pentru deficienți pe

aspectele care fac din aceasta o verificare, estimare, sancționare şi atestare a gradului în care subiectul supus educației s-a apropiat de performanța ce i-a fost fixată de cerințele şcolare.

Evaluarea completă a actului pedagogic din punct de vedere al performanțelor elevilor implică pe de o parte măsurarea rezultatelor obținute de aceştia, deci a efectelor educației asupra dezvoltării lor iar pe de altă parte cunoaşterea elevilor ca subiecți activi, factori ai propriei lor formări.

Problemele referitoare la surprinderea caracterului ca obiect al acțiunii de instruire şi educare şi ca subiect al activității de învățare, constituie domeniul multor preocupări psihopedagogice, materializate în acțiuni complexe de "diagnostic" şi "prognostic" educațional.

Ceea ce impune cu necesitate luarea în considerare a trăsăturilor elevilor este variabilitatea populației şcolare, diferențele individuale fiind reale şi evidente în cazul deficienților scolarizați în unitățile şcolare speciale.

Existența unor trăsaturi individuale la elevii deficienți reprezintă o puternică motivație a necesității evaluării cât mai obiective a potențialului biopsihic al fiecărui elev. În acest sens, un roces de educați specială, organizat şi dirijat rațional trebuie conceput atât pe temeiul trăsăturilor comune, caracteristice ale elevilor aflați pe o anumită treaptă de dezvoltare autogenetică, în raport cu care sunt şcolarizați pe nivel de clase (I - VIII) cât şi prin luarea în considerație a particularităților individuale ale acestora.

Este necesar a menționa, câştigul pe care îl obține evaluarea continuă, formativă, în raport cu cea cumulativă, constatativă.

Astfel rolul evaluării formative fiind acela de diagnosticare şi ameliorare numai o evaluare bazată pe operarea unui "diagnostic",

secventă cu secvență, permițând să se aprecieze modificările care intervin în dezvoltarea psihică generală a deficientului şcolarizat.

Evaluarea evidențiază fapul că sunt numeroase laturile care prezintă un interes deosebit pentru cunoaşterea deficienților. Din multitudinea acestora fără a opera o ierarhizare absolută, putem distinge cel puțin trei grupe cu valoare de "indicatori" ai actului de evaluare a particularităților deficienților:

a) capacitatea intelectuală exprimată în nivelulu general de dezvoltare a proceselor intelectuale: gândirea, memoria, limbajul
b) nivelul de pregătire şcolară (antecedente educaționale)
c) trăsături de personalitate cu rol deosebit pentru activitatea de învățare şcolară: trăsături caracteriale, afective, capacități relaționale. Depistarea şi decelarea acestor trăsături care-i diferențiază pe elevi reprezintă premisa oricărei acțiuni de tratare diferențială, nota sa caracteristică constituind-o adaptarea activității de instruire şcolară la tipologia particularităților elevilor pentru atingerea succesului şcolar.

Modalitățile de surprindere cât mai fidelă a particularităților individuale ale deficienților de auz sunt cu totul deosebite, în condițiile şcolii speciale, expresiei plastice, desenului revenindu-i rolul cel mai important în furnizarea de date prin caracterul "non-verbal" accesibil deficienzului sever şi polihandicapatului. La omul normal, limbajul verbal oral se dovedeşte a fi cel care primează, în raport cu alte forme, care implicit capătă un caracter secundar în comunicare. La deficienți, în lipsa limbajului verbal, sau przența sa în plan secundar, în combinație cu mimico-gesticulația, desenul devine un mod de limbaj, de comunicare,

depăşind adesea, ca posibilităţi de transmitere cele ale unui mesaj, limbajul verbal.

Desenul este folosit în procesul de cunoaştere al elevilor deficienţi, fiind un mijlocitor de comunicare între subiect şi psiholog, valoarea narativă a acestuia oferind date cel puţin suficiente pentru o cunoaştere preliminară reală. Desenul este utilizat în scopul investigării psihodiagnostice a personalităţii deficientului bazându-ne pe funcţia sa expresivă şi proiectivă, de exteriorizare a conţinutului intrapsihic, pe funcţia de comunicare şi pe capacitatea lui de a reprezenta aspecte pe care deficientul nu şti, nu poate sau chiar Nu vrea să le verbalizeze.

De asemenea desenul poate constitui o metodă eficientă de psihoterapie, acţionând ca proces de învăţare, reînvăţare şi reinstrumentalizare a funcţiilor mentale. Astfel prin desen sunt transmise cunoştinţele, se fixează deprinderi se formează şi se dezvoltă structuri logice ale gândirii, se dezvoltă procesul de comunicare interpersonală.

Desenul se prezintă astfel ca o formă de reprezentare plastico-statică a imaginilor realităţii obiective (exterioare sau interioare) proprii subiectului care le produce. El cuprinde trei aspecte principale, comune oricărei forme de expresie neuropsihică (desenul, scrisul, vorbirea) şi care se referă la:

- actitatea pragmatviică executorie = desenarea
- produsul activităţii = desenul
- funcţia neuropsihică mentală = funcţia plastică

Interpretarea desenului pune în discuţie mai multe puncte de vedere orientate spre două direcţii: cea estetică şi cea psihologică, acestea fiind justificate împreună deoarece desenul înainte de a fi o “lucrare” este un “limbaj”, un sistem simbolic informaţional neuropsihologic.

Orientarea psihologică care este în atenția noastră este cea dependentă de structura şi dinamica personalității, desenul vehiculează conținutul intrapsihic al individului, reflectând personalitatea globală a acestuia.

Desenul, în cazul deficienților (de auz) apare ca un limbaj "accesibil ce operează ca un sistem specific" de semne fizice concrete prin care el capătă o formă "circulant-comunicabilă" în cadrul comunicării interpersonale, comportându-se ca valoarea unui mesaj ce exprimă în exterior conținutul intrapsihic global al personalității deficientului.

Astfel desenul ca limbaj, ca mesaj, este purtătorul unei informații pe care o transmite subiectul, cu o anumită semnificație şi într-o formă fizică specifică particulară acestui tip de limbaj (semnul grafico-plastic).

Cu alte cuvinte, desenul, ca mesaj plastic, posedă un sistem semantic precis, un cod informațional, care în cadrul comunicării interpersonale, se va supune legilor generale ale semanticii.

Organizarea, formarea, transmiterea, înțelegerea – pe aceste valențe de tip comunicațional se bazează multe din acțiunile psihopedagogice specifice şcolii speciale pentru deficienți, desenul devenind un semnal specific psihoplastic care încorporează, fixează şi transmite o imagine mentală.

Desenul se manifestă ca un "semnal complex" cu valoare informațională, ca un ansamblu semantic de mesaje, organizat în scopul stabilirii precizării şi transmiterii unor enunturi ideo-afective complexe.

Expresia plastică, desenul, în contextul investigațiilor asupra deficientului depăşesc punctele prin care sunt privite ca aptitudine practică de a copia realitatea, valențele lor referindu-se la:

- valoarea expresivă – dată de gestul grafic care traduce unele aspecte legate de temperament şi natura reacţiilor tonico-emoționale ale subiectului
- valoarea proiectivă – se referă la capacitatea desenului de a da o imagine fidelă a ansamblului personalității subiectului (=conținutul intrapsihic)
- valoarea narativă – este cea care sensibilizează rapid şi captează atenția, fiind influențată de căutarea a ceea ce are interes pentru subiect, de alegerea temelor desenului, toate acestea în raport cu experiența personală, amintirile, imaginarul personal
- valoarea asociativă – prin care desenul este rezultatul unei condensări de semnificații şi în acest sens, conținutul desenului (tema, stilul) se apropie, ca tip de elaborare psihologică, de vis.

Numeroase sunt studiile şi cercetările privind analiza autogenetică, vertical evolutivă a desenului, toate acestea având în vedere "realismul" acestuia şi fazele (etapele) pe care le parcurge cu valoare de legitate. Pe cunoaşterea acestora se bazează analiza intimă a expresiei plastice, a desenului, de la "realismul fortuit" corespunzător perioadei mâzgălelii, până la "realismul intelectual" corespunzător etapei de folosire a semnelor grafico-plastice pentru redarea realității obiective.

De asemenea, pe lângă aspectele legate de nivelurile ontogenetic-evolutive, investigațiile cu valoare psihodiagnostică aplicate elevilor deficienți se bazează pe calitatea desenului de a exterioriza stările complexuale, ideo-afective ale acestora, acele tendințe profunde ale personalității deficientului pe care acesta le evită prin limbaj verbal, exteriorizându-le prin această manieră directă, deschisă şi liberă care este desenul.

Este adevărat că în afara aspectelor pur psihologice care condiționează desenul şi expresia plastică sunt elemente de altă natură care le condiționează calitatea: nivelul de instrucție, cultura, mediul socio-familial, etc.

Semnificația etiopatogeniei deficienței mintale şi de auz în determinarea activității plastice la copilUn demers terapeutic educațional dobândeşte eficiență atunci când vizează toate determinările posibile ale deficientului, cauzele care au produs anumite deficite integrate în destructurarea neuropsihică a persoanei, pentru că este ştiut că, aceleaşi cauze pot determina efecte diferite, cauze diferite aceleaşi efecte.

Valențele terapeutice ale desenului în contextul activității educativ-terapeutice ale deficientului mental şi de auz

Desenul ca formă a reprezentării se plasează în contextul intim al procesului de dezvoltare a gândirii în cadrul interrelației individului cu mediul. El constituie după cum s-a mai apreciat, o formă fundamentală de comunicare a evenimentelor interiorizate, a ideilor, a dorințelor, a sentimentelor.

Cercetările de psihologia copilului s-au ocupat de rolul şi valoarea desenului în procesul de structurare a personalității umane.

J. Piaget în studiile sale arată că desenul "este o formă a funcției semiotice care se înscrie la jumătatea drumului între jocul simbolic şi imaginea mintală cu care are în comun imitarea realului"[1].

Funcția de comunicare prin desen stă la baza unei comunicări mult mai largă şi mai complexă decât cea prin limbaj. Aşa cum afirma în continuare acelaşi autor citat, "problema este de a şti dacă există o linie de demarcație netă între simbolismul conştient al copilului şi cel ascuns".

Acest lucru este esențial pentru a arăta că gândirea simbolică formează un tot unitar. Orice simbol, este totdeauna, în acelaşi timp, conştient sub un unghi, inconştient sub altul.

Cunoaştem faptul că pe funcția simbolică se bazează în fond întreaga tehnică proiectivă, ca metodă de studiu a personalității. O semnificație aparte o are modul în care aceşti copii folosesc culoarea, modul în care le combină. De asemenea tematica desenului comportă o discuție aparte.

Prin desen sunt investigate unele structuri foarte importante pentru învățământ. Astfel prin desen apare evocarea reprezentativă a obiectelor, evenimentelor ce nu-s percepute imediat. Această evocare face posibilă gândirea, oferindu-I un câmp de aplicație nebănuit în opoziție cu limitele restrânse ale acțiunii senzorio-motorii şi ale percepției care nu progreseaza decât sub îndrumarea şi datorită raportului acestei gândiri sau al inteligenței reprezentative" [2].

În procesul de diagnosticare din şcoală este folosit desenul ca tehnică de diagnosticare a personalității.

M. Porot foloseşte proba desenului familiei pentru a sonda în "realitatea imaginară" a copilului modul conflictual ascuns al convențiilor sociale exprimate de familie. În acest context imaginea sinelui este axul principal pe care trebuie reconstruită personalitatea copilului deficient, ea stabileşte sistemul de raporturi interioare şi exterioare.

În munca educativă, cunoaşterea câmpului de forțe presupune o activitate în cunoştință de cauză cu efecte scontate ca optime de formare educațională. Mediul familial, cel şcolar şi social determină o dezvoltare "dizarmonică" a personalității.

Astfel în cazul formării şi structurării unor conduite de expresie grafică şi plastică, există mai multe modalități de a folosi desenul în

munca terapeutică. Prima dintre acestea este desenul liber, modalitate prin care subiectul este lăsat să deseneze fără nici o indicație, deci numai ceea ce el doreşte. În etapele următoare vor fi impuse teme pe care elevul trebuie să le aleagă prin proprie opțiune, apoi indicarea unei teme şi excluderea ei.

Desenul tematic vizează lumea cea mai apropiată copilului, şcoala, casa, astfel încât să se poată descifra jocul în care se proiectează el cel mai bine, din aceste date se poate surprinde lumea conflictelor copilului şi mai ales direcția de compensare.

Formele in care desenul poate fi utilizat ca modalitate terapeutică sunt nelimitate în munca educatorului. Având în vedere faptul că el este parte componentă a unei funcții de simbolizare şi constituie în latura sa expresivă – o formă de comunicare, dar una care nu este supusă cenzurii morale, putem aprecia deci valoarea sa de exprimare a intimității personale a ceea ce a fost reprimat de normă, de reguli, anturaj, grup, societate.

Trebuie însă să apreciem că atât producțiile libere, cât şi cele cu tema dată, nu trebuie apreciate pe criterii estetice, ele sunt executate cu scop terapeutic şi numai prin educație, instruire pot fi dirijate şi elementele estetice, dar nu impuse aprioric în execuție.

Forța neuromotorie din timpul desenului, care este după cum se ştie dezordonată, subtensionată, poate fi prin educație şi terapie dirijată, structurată pe sarcina de a executa. Deasemenea prin modul in care este educată folosirea culorilor constituie un mod specific de terapie. Este stabilită relația care există între culoare şi starea psiho-afectivă, de aceea experiența cromatică a individului trebuie dirijată şi valorificată. Sensurile existențiale ale persoanei sunt reflectate în modul în care culorile sunt folosite în desen, în pictură, în vestimentație, etc.

Nu ne propunem să specificăm sensurile afective ale culorilor fundamentale, dar menționăm că putem investiga şi diagnostica, folosind valorile cromatice ale desenelor, laturi ale comunicării şi relaționării afective, dominantele personalității şi chiar să dirijăm programe de antrenamente funcționale în sistemul de compensare, de terapie.

Atât deficientul mintal cât şi cel de auz au o simptomatologie cromatică, date relevante despre reprezentarea eului, despre afectivitate, nivelul emoțiilor, sentimentelor, stările şi trăirile relaționale, date despre viața de grup şcolar, familial, larg social. Paleta cromatică a deficientului mintal este foarte redusă, cu elemente de "stereotipii" în utilizarea aceleaşi culori, surdo-mutul dispune de o paletă mai largă, cu o mai mare deschidere şi pentru culorile intermediare sau derivate: gri, mov, violet, oranj, bleu, etc.

În tehnica desenului tematic sau dirijat, după imaginea obiectului sau obiectelor, compensarea cromatică poate fi exersată prin antrenamente susținute sub dirijare nemijlocită şi exercițiu. Dacă copilul cu deficiență de auz redă corect cromatic o temă chiar fără prezența obiectului sau a imaginii, deficientul mental asociază monoton culoare cu obiectul sau imaginea acestuia. Nici un desen al deficientului mental nu va dispune de paleta cromatică a unui peisaj, de exemplu, desenat din îmbinarea corectă a imaginii cu ceea ce ea reprezintă. Nici un desen nu va putea surprinde sensul acțional – mişcarea sau succesivitatea unor acțiuni umane.

El nu poate reda aceste elemente în corelație datorită slabei forțe de reprezentare şi mai ales a nucleului ei central de decodificare şi semnificație. Desenul singur nu poate duce la compensarea acestor dificultăți.

În sistemul terapeutic al deficientului mental sunt corelate şi au prioritate tehnicile care duc la structurarea conduitelor perceptiv-motrtice de bază cum sunt cele de formă, culoare, schemă corporală, lateralitate spațio-temporală.

Literatura de specialitate relevă o serie de preocupări privind folosirea culorilor ca instrumente de optimizare a procesului de instruire, educare, compensare. Statistic vorbind, principalele sisteme de recepție şi prelucrare a informației sunt văzul şi auzul, cu valențe mari optice fiind culoarea, care are o mare importanță în procesul de organizare a activităților didactice.

Integrate în tehnica terapeutică, toate aceste posibilități de compensare de la nivelul expresiei plastice trebuie integrate, interconectate tehnicilor de terapie cognitivă ocupațională, afectivă, comportamentală.

Numai gândite astfel ele îşi vor dobândi valențe terapeutice, vor optimiza adaptarea şcolară, socială, profesională a elevului "handicapat". Consensul de cerințe şi exigențe trebuie să vizeze nu numai latura informativă, dar mai ales cea formativă-educativă.

Orice sistem terapeutic trebuie să coordoneze evoluția în sens ascendent a personalității, pe linia unității laturilor sale, cu minimum de traume afective de relație, de integrare şi mai ales de autonomie personală şi socială.

Un sistem terapeutic care nu ia în seamă toate laturile persoanei, în acțiunile sale efective, nu poate să se înscrie pe coordonatele amintite mai sus. Programele de educație şi terapie sunt elaborate analitic până la nivelul unor operații şi capacități, dar au în vedere permanent şi sincron "personalitatea ca întreg".

CARACTERISTICI DISTINCTIVE ALE ARTTERAPIEI

Creativitatea artistică exprimată prin căile de expresie plastică – modelaj, desen, pictură, sculptură, expresivitate mimico-gesticulară, expresivitate scenică, muzică prin ritm şi melodie, au un rol important în procesul educaţional-terapeutic într-o cazuistică pe cât de vastă pe atât de diversă.

❖ Tranziţia de la joc la artă

Încă din perioada jocului simbolic, copilul îşi exersează funcţiile de simbolizare, modelaj, desen, toate fiind modalităţile unui act de comunicare bipolar - cu propria fiinţă şi cu cei din afară.

Jocul simbolic este întotdeauna amestec între acţiune şi vis, realizează visul prin acţiune, idealizează acţiunea prin vis. Jocul are ascendent asupra lucrurilor şi se sustrage lucrurilor. El pune stapânire pe lume şi creează altă lume. De aceea unii au încercat să explice arta prin joc.

Pe de o parte se spune că impulsul artistic îşi are rădăcinile în activitatea subconştientă a copilului, care se joacă, în strădania lui captivantă de a se forma, în dorinţa lui simultană şi contradictorie de a se impune atenţiei semenilor şi de a se izola ca să guste întreaga seducţie a jocului.(James Sully- Psychologie des sentimentes)

Pe de altă parte se spune că arta slăbiciunilor, mai cu seamă reprezentarea luptelor şi a scenelor de vânătoare, pare să demonstreze că arta nu este decât o continuare a activităţii în joc.

Şi totuşi, se arată că arta nu se trage din joc, ci mai curând din toate activităţile umane. Arta este unul din modurile în care se foloseşte şi se

consumă activitatea totală a omului (Henry Delacroix- Psihologia artei). Dansul nu este un simplu joc, o simplă expresie de mişcare din exces de energie folosită, el se confundă cu ţelurile utilitare şi mistice ale vieţii colective şi implică stări sufleteşti extrem de profunde şi complexe, fără a se renunța la tot ceea ce arta propriu-zisă adaugă acestor forme primitive, fără a se renunța la formele pur şi simplu estetice ale dânsului.

Din punct de vedere psihologic există numeroase asemănări cât şi deosebiri între joc şi artă- jocul este eliberare- ca şi arta el descătuşează, eliberează de realitate. Ca şi arta el este creația unor tendințe profunde. Mesajul lui este libertatea prin acțiune şi prin vis. Şi totuşi, în artă nu mai este vorba despre un joc de imagini şi sentimente,este vorba de o alegere de imagini şi sentimente expresive frumoase şi capabile să se ordoneze în simboluri armonioase.

Arta consruieşte o lume care se impune spiritelor prin ordine şi legile sale. Ea nu mai înseamnă acea creație monotonă şi fugitivă, care se pirde în emanații efemere şi care rămâne transcedentală şi insensibilă la structura şi la aparența exterioară a realizărilor sale. Jocul contribuie la pregătirea artei, dar jocul nu devine artă decât la ființa aflată pe cea mai înaltă culme a spiritualității. Jocul devine artă atunci când cel care se joacă este un artist.

Edith Kramer în lucrarea sa – Childhood and art therapy- considera unele tipuri de joc ca o pregătire pentru arte. În acest sens arată -copii mici au nevoie să se joace cu materiale moi şi nestructurate, precum apă, nisip, lut, pietre, clei.

Având la baza înțelegerii psihologiei copilului teoria lui Freud, E.Kramer fundamentează ideea de artă ca scop. Artterapia are forța de a sprijini Egoul, de a amplifica dezvoltarea sensului de a înlesni maturizarea în general. Principala funcție a artei, în acest context, este de

a contribui la dezvoltarea organizării psihice, astfel ca aceasta să fie capabilă să funcționeze în condiții de sress fără a se deteriora. În acest sens, art-terapia, devine atât o componentă a unui mediu terapeutic (alături de alte tipuri de terapii), cât şi o formă de terapie complementară sau care sprijină psihoterapia, fără a o înlocui însă.

❖ Moduri de folosire a materialelor specifice artei

Edith Kramer distinge cinci moduri în care materialele specifice artei pot fi folosite. Primele patru nu sunt calificate ca artă şi sunt explicate ca fiind stadii preliminare, simptome de disfuncție care reflectă o delimitare psihologică sau o comunicare limitată.

1. Prima categorie este formată din- activități premergătoare - explorarea proprietăților fizice ale materialelor care nu duc la crearea configurații simbolice, dar sunt cotate ca pozitive
2. A doua categorie este descrisă ca activități haotice- ca spoit, stopit, mâzgălit - componente disructive, determinate de pierderea controlului.
3. A treia categorie – stereotipiile - denumite acte în slujba apărării.Acestea pot lua forma copiatului, trasatului sau a repetițiilor stereotipe. În cadrul acestei categorii se identifică două tipuri:

   1.sterotipiile convenționale;

   2.stereotipiile rigide sau bizare, care au un înțeles personal, evdențiind false sentimente.
4. A patra categorie şi cea mai controversată este pictografia- ca fiind o comunicare pictorială care înlocuieşte sau suplimentează cuvintele.
5. A cincea categorie, cea a – expresiei formale – defineşte producerea de configurații simbolice care servesc cu succes atât exprimării de

sine, cât şi comunicării. Pentru E. Kramer, numai acest mod de a folosi materialele este arta în sensul deplin al cuvântului, deoarece derivă din sentimente evocate şi serveşte ca analog pentru o variată formă de experienţe umane.

Categoriile evidenţiate de Kramer nu sunt separate rigid, astfel, un copil poate trece prin activităţi de joc premergătoare spre expresia formală, poate regresa la producţiile haotice, poate să se retragă într-o activitate depresivă ca să ajungă înapoi la o activitate creativă, finală

❖ Relaţia artă - sublimare

Scopul artterapeutului este de a ajuta persoanele să producă lucrări ce sunt, deopotrivă, expresive şi formale, fiind perioade când activitatea creativă este dincolo de realitatea cotidiană şi când aceste modalităţi de a fi, de a funcţiona sunt mai folositoare pentru individ.

Terapia prin artă este legată de conceptul de sublimare, de plăcerea pe care o obţine subiectul prin sublimare. În artă, sublimarea este obţinută când artistul înlocuieşte impulsul de a-şi exterioriza fanteziile cu actul de a creea echivalenţi pentru fantezii prin imagini vizuale. Aceste creaţii devin artă numai când artistul reuşeşte să le facă înţelese altora, pentru a comunica.

Rolul artterapeutului este de a recunoaşte şi răspunde aspectelor evidente cât şi celor ascunse ale producţiilor copilului şi să-l ajute pe acesta să creeze materiale expresive emoţional.

În artă, imaginea este un substitut, un mod de a exterioriza experienţa de viaţă, pulsiunile erotice, fanteziile sexuale în multe cazuri.

❖ Efectele art – terapiei

După Freud, ca efecte ale art – terapiei se constată

1. reactualizarea eului
2. identificarea persoanei
3. deconflicualizarea
4. învățarea simbolurilor culturale
5. reechilibrarea afectivă
6. diferențierea afectiv-emoțională
7. compensarea unor componente alterate
8. valorificarea de sine – socializare.

❖ Obiectivele art – terapiei

Obiectivele psihoterapiei de expresie sunt realizate prin

1. -perceperea simbolurilor şi faptelor culturale;
2. -receptarea afectiv-cognitivă a simbolurilor;
3. -imitarea şi executarea simbolurilor;
4. -transformarea lor în activități proprii;
5. -dezvoltarea unor forme de interes, recompensă, motivație;
6. -selectarea valorilor şi activităților de cunoaştere;
7. -asigurarea unui sentiment de confort prin aceste activități.

Există astăzi o varietate de studii şi cercetări în legătură cu rolul de expresie (artistic) al copilului normal. Ele sunt folosite şi ca mijloc de interpretare a personalității patologice sau morbide.

❖ Psihologia activității patoplastice

1. modelajul în plastilină sau lut;
2. sculptura;
3. pictura sau desenul;
4. decorațiunile;

5. confecționarea de jocuri- jucării- marionete;
6. artizanatul;
7. dansul – muzica – teatrul;
8. terapia verbală.

1. Modelajul în plastilină sau lut reprezintă – nivelul bazal – al posibilității de exprimare artistică. Contactul cu materialul, inclusiv cu lutul, induce o stare de satisfacție, de reconfort.

Faptul că pote utiliza volume, poate reprezenta în spațiu, îi canalizează copilului tensiunile în exterior. Modelajul poate fi utilizat, la început, ca instrument de investigație, lăsând copilul să facă ce vrea cu materialul. Momentul acesta ne indică aspectele perturbante şi ne permite să întrevedem căile de acces la terapie. Se pot nota expresiile verbale din timpul modelajului şi discuțiile dintre parteneri. Produsul realizat, indiferent de valoare sa artistică, întăreşte motivația existențială şi contribuie la schimbarea imaginii de sine. Sunt de apreciat efectele psihoterapeutice ale activității în grup şi posibilitățile de afirmare de sine pe plan social, prin expozițiile organizate (la nivelul tuturor şcolilor speciale).

2. Sculptura este inclusă de unii autori în tehnici de artterapie. Lemnul sau alte materiale, prin rezistența lor, necesită o activitate psihomotrică mai încordată şi mai susținută, cu importanță în decontractarea motorie, fenomen de bază în tehnicile de relaxare. Ajustarea unor materiale din natură şi transformarea lor în obiecte de artă şi cu utilitate, pot pune în evidență anumite tensiuni interioare şi totodată asigură descărcarea tensiunilor psihice prin fenomenul de catharsis.

Un alt grup de tehnici folosite în art-terapie sunt pictura, decorația pe materiale de tot felul, inclusiv pe sticlă, desenul artistic, confecționarea de jucării, jocuri, confecționarea de obiecte de artizanat, păpuşi, mărțişoare, ilustrate.

Practicarea lor presupune, intr-o măsură mai mică sau mai mare, certe preocupări artistice, simt dimensional şi cromatic, mişcări mai fine şi mai bine dozate, interes deosebit, care finalizate în produse conferă deosebite satisfacții. Unele din ele cer multă imaginație şi fantezie, altele migală şi lucru de amănunt, de mare finețe, fiind, în majoritate lor, accesibile atât copiilor cât şi adulților. Toate aceste activități pot fi folosite pentru reeducarea deficiențelor membrelor superioare, uneori şi a celor inferioare (desenul şi pictura efectuate cu ajutorul degetelor de la picioare) în bolile psihice, retardul mintal.

3. Pictura şi desenul artistic sunt îndeletniciri recuperatorii foarte agreate, putând fi practicate din orice poziție şi necesitând doar pensulă, pânză, culori sau creion şi hârtie.

Sunt abordabile de toți handicapații care au mai mult sau mai puțin simț artistic. Bolnavii hemiplegici pot picta cu piciorul, cei tetraplegici cu gura. Această activitate induce un sentiment de satisfacție şi utilitate.
Modalitățile folosite sunt în funcție de deficiențe, merg de la pictura cu degetul sau cu pensula în gură până la rafinamente moderne, prin aruncare, pulverizare, tamponare,etc. Picturile pot fi calme sau violente, trădând tot atâtea stări sufleteşti cu substrat psihic.

4. Decorațiunile pe materiale de tot felurile – lut, sticlă, os, marmură, mozaic, stofă, piese foarte mici (pietricele, scoici etc), pe pereți întregi, pe pavimente făcute din marmură sau mozaic, mochete.

Ca şi celelalte activităţi legate de cromatism, decoraţiunile pot fi folosite pentru a lupta împotriva tulburărilor de percepţie a culorilor, dar şi a altor deficienţe.

5. Confecţionarea de jocuri şi jucării, marionete, ca şi desenul şi pictura, intră în categoria activităţilor ce caută o comunicare prin redescoperirea unor posibilităţi noi, fapt care permite proiectarea propriilor trăiri, cât şi libertatea de exprimare. Munca, imaginaţia, talentul, simţul estetic sunt solicitate, permiţând descoperirea preferinţelor şi înclinaţiilor personale.

Afecţiunile psihice constituie prima indicaţie a acestor activităţi de grup, care oferă căi de descărcare psihică şi finalizare practică, ca toate activităţile artistice, care constitue un univers al fanteziei şi întruchipării propriilor fantsme, vise, aspiraţii.

În măsura posibilităţilor, jucăriile şi jocurile vor fi adaptate pentru a permite o mai bună prehensiune, pentru ca folosirea lor să contribuie la reeducarea funcţională cât mai intensă a anumitor articulaţii, să reeduce coordonarea vizual-motrică, să tonifice muşchii şi articulaţiile membrelor.

6. Artizanatul este o modolitate de expresie ce foloseşte teme de inspiraţie folclorică, oglindeşte cultura satului românesc, arhitectura, obiceiurile. Covoare, bluze, căni, linguri pirogravate, sticle îmbrăcate, obiecte confecţionate din scoici, toate acestea cer o iscusinţă şi ştiinţă a îmbinării şi selecţiei culorilor, precum şi tehnica de fabricaţie mai complexă. Activitatea reprezintă un prilej de reeducare a gesturilor, gusturilor, mobilităţii articulaţiilor şi educarea simţului estetic.

7. Dansul

   Pantomima este un dans de exprimare a unor gesturi specifice unui personaj sau a unei acțiuni – poate fi executată cu muzică sau fără, se pot utiliza şi măşti.

   Proceduri

   1. se vor imita personaje cunoscute din viață sau din literatură.
   2. pentru agresivi în prima fază se cere să imite un războinic (pentru detensionare), apoi să imite un învins.

Dansul în cuplu – virtuți de socializare deosebite pentru adolescenți.

Cuplul – forma cea mai puternică de comunicare şi relație socială.

Formarea unui cuplu reprezintă o alegere, o opțiune, pentru

1. ieşirea din conflict;
2. ieşirea din situația de marginalizare;
3. exprimarea publică a unei inițiative şi dorințe;
4. cererea de intrare în relație;
5. realizarea unui dialog subconştient între forțele instinctuale normale şi canalizarea unor tendințe abisale;
6. realizarea unui dialog în stil social;
7. stabilirea unei situații afective pozitive;
8. întărirea unui comportament social pozitiv;
9. eliberarea de sub tensiunea impulsurilor.

Dezvoltă prin tensiunile interpersonale o gamă de sentimente - pasiune, dragoste, autovalorificare, schimbarea imaginii de sine, perceperea pozitiză a celuilalt.

Aceasta are o dublă importanță – umanizează individul prin formarea comportamentului social.

Dansul în cuplu intensifică descărcările refulate ale unor inhibiții social-morale, având consecințe benefice asupra stării de echilibru a persoanei.

Impune o atentă compoziție a eşantioanelor de subiecți puşi în relație.

❖ Terapia de expresie verbală:

- se pune în evidență stilul de comunicare prin limbaj – „ stilul face omul".

S. J. Brunner, Montagu si Luria demonstrează:

1. rolul limbajului în organizarea comportamentului;
2. rolul limbajului în învățarea conduitelor sociale
3. rolul limbajului în devenirea socială
4. raportul dintre tulburarea limbajului şi tulburările de comportament
5. relația dintre modificările de percepție verbală şi comportamentul socio-moral.

Conecințele deficiențelor de limbaj asupra individului:

a. pe de o parte influența unui limbaj degradat i-a modificat individului capacitatea de adaptare socială;
b. imaginea valorii sale şi a altora a fost afectată prin utilizarea unui limbaj poluat, datorită inducției efectogenă a atitudinilor, cunoscut fiind că limbajul vehiculează o mare încărcătură afectivă;
c. cea mai importantă variabilă modificată prin utilizarea unui limbaj degradat este percepția, reprezentarea şi structurarea valorilor morale.

În cazul terapiei de expresie verbală se vizează, în primul rând catharsisul

Catharsisul este un procedeu similar cu cel din psihoterapia de factură freudiană. Se realizează prin trei modalități:

a. repovestirea liberă a unor întâmplări conflictuale;
b. povestirea în scris a situației declanşatoare de conflict;
c. i se dă subiectului o temă şi i se cere să-şi imgineze cum va decurge acțiunea-se recurge la discuții libere pe baza tehnicilor individuale.

Recitirea de poezii:

- selecția unei poezii pe care o preferă;
- se va recita şi se va imprima pe bandă;
- se va asculta banda şi apoi se va recita.

Este o tehnică indicată pentru însuşirea corectă a sunetelor, a semnificației lor, de pronunție corectă, insistându-se pe aspectele afective ale limbajului.

Teatralizarea sau interpretarea de roluri

- rolurile vor fi alese de fiecare subiect şi învățate – se are grijă ca semnificația şi coținutul materialului de învățat să fie adaptat scopului. Se urmăreşte astfel o învățare comportamentală şi socială. Rolul interpretat devine un instrument al acțiunilor interpersonale. Rolul poate fi al celui care îl joacă, un rol complementar sau un alt rol. Principiul de bază este de schimba rolurile între protagonişti. Se ajunge la un fenomen de interacțiune care prin intermediul rolurilor devine acțiune. Interpretarea prin raporturi acționale

(copilul poate avea ca parteneri o persoană reală) exprimă modelul şi pe sine însuşi.

Se vor respecta următoarele condiții:

1. Timpul
   - plasarea acțiunii poate să cuprindă toate ipostazele timpului- trecut, prezent, viitor;
2. Gradul de realism
   - Ceea ce este real;
   - Ceea ce este posibil;
   - Domeniul imaginației;
3. Moduri de comunicare
   - Nonverbal;
   - Verbal.

Aceste modalități de lucru conferă prin acțiune autenticitatea individuală prin catharsisul pe care îl propune, prin priza de conştință, prin punerea în ordine a rolurilor şi adecvarea acestora la situația actuală individuală. Se realizează o terapie de grup în cadrul psihoterapiei.

DESENUL ŞI PICTURA LA COPII

În anul 1985, la Editura R. Laffont, ieşea de sub tipar lucrarea excepțională intitulată „La cause des enfants", în paginile căreia autoarea Fr.Dolto preciza: „*este înscris în condiția omului de a nu-şi putea dezvolta personalitatea decât în contextul unei << a două naşteri >>"*. „*Oamenii,* în general, remarcă psihanalista franceză, *catalogheaza ca pe o simplă manifestare de misticism cea ce nu este, în fond, altceva decât procesul umanizării pur şi simplu".* Trecerea de la un stadiu vegetativ la unul animal constituie naşterea mamiferă, prima naştere, pe când cea de-a doua naştere reprezintă trecerea de la stadiul de dependență animală la libertatea umană a DA-ului şi NU-ului, fiind o *„naştere la conştiința vieții simbolice"*, o existență specifică, tocmai în aceasta constă mutația care face dintr-un mamifer o ființă omenească.

Mircea Eliade, referindu-se la acelaşi fenomen, reliefa ideea că nu devii om întreg decât după ce ai depăşit şi abolit, într-o anumită masură, umanitatea *„naturală*" născându-se a doua oară. În această perspectivă filozoful Socrate, nu întâmplător se compara cu o moaşă. El îl ajuta pe om să se *„nască la conştiința de sine "*, eliberându-l din starea de ignoranță şi confuzie. În consecințele ei ultime, maieutica socratică, nu este nimic altceva decât o priză de conştiintă, o trezire a individului şi a capacităților sale aflate încă în stare latentă.

Dacă adăugăm şi afirmația celor spuse până în prezent, potrivit căreia *„omul nu poate deveni om decât prin educație"* (Kant), consider că avem destule argumente în spijinul ideii că dincolo de determinantele genetice, educația are rolul important în structurarea personalității

individului, în configurarea unui anumit tip de relații într sine şi semenii săi. Numai că şi aici se realizează întâlnirea dintre concepția socratică şi cea a lui Steiner asupra educației ca maieutică a personalității; a educa nu înseamnă a prefabrica oamenii după un model mai mult sau mai puțin utopic, ci a elibera în fiecare calitățile existente în stare latentă, permițându-i astfel să-şi pună în valoare tot ceea ce înseamnă talent, abilitate şi imaginație creatoare.

Sistemul formativ-educațional trebuie să fie complet independent, cel puțin în primele sale etape, de cerințele economice şi politice alea societății. Considerând că societatea se structurează în trei domenii distincte, ca şi Steiner optăm pentru delimitarea clară a celui dintâi (cel spiritual-cultural) de celelate două (economic şi politico-juridic). Şansa fiecărui individ de a-şi elibera şi de a-şi pune în valoare însuşirile depinde, cel puțin în prima parte a existenței lui, de părinți şi de educatori. Rolul acestora este de a încuraja talentele copilului şi de a le lăsa să se fructifice în cadrul societății şi nu de a mutila personalitatea copilului în beneficiul lor propriu (satisfăcându-şi diferitele fantasme şi conpensându-şi insuccesele) sau în beneficiul unor imperative tehnico-economice sau politico-ideologice.

Din păcate, sistemul educațional clasic se transformă tot mai mult într-o adevărată instituție de alienare a individului, de depersonalizare a acestuia, de şablonizare şi tipizare a cea ce, în mod logic ar trebui să fie unic şi irepetabil.

Încercarea de a organiza sistemul educațional după modelul procesului de producție şi exclusiv în funcție de cerințele acestuia reprezintă, probabil, una din cauzele (dacă nu cumva cea mai importantă) crizei morale ce confrunta aproape toate societățile contemporane. Căci, în loc să formeze personalități mature şi responsabile, capabile de

empatie, deschidere şi toleranță, un sistem educațional subordonat excesiv intereselor economice nu stimulează adeseori decât un pragmatism reducționist. Achiziționarea unor cunoştințe şi cultivarea unor deprinderi pur utilitariste se realizează, adeseori, în detrimentul componentei artistice, bazate pe creativitate şi originalitate.

Atenția cu totul remarcabilă pe care Steiner a acordat-o preocupărilor din sfera artelor (desen, pictură, teatru, muzică, euritmie) nu exprimă atât dorința unor viitori artişti, cât mai ales voința stimulării şi dezvoltării, în toate direcțiile, a capacităților creatoare cu care este înzestrată ființa umană. Pe de altă parte, nu trebuie pierdut din vedere faptul că activitățile de ordin artistic au o finalitate şi o eficacitate cu mult mai cuprinzătoare decât este dispus să accepte simțul comun.

Dacă ar fi să ne referim numai la desen, pictură şi euritmie, se pot face următoarele precizări:

- desenul şi pictura constituie domenii de mare finețe, cu ajutorul cărora educatorii pot realiza o profundă cunoaştere a temperamentelor şi problemelor emoționale ale copiilor;
- când privim desenul unui copil ne interesăm de desen în măsura în care ne interesăm de copil (nu ne amuzăm fără să ne gândim la munca desenatorului aşa cum am face în cazul când privim desenul unui adult).

Desigur, putem studia desenele unor copii chiar necunoscuți, dar desenul copilului are o slabă valoare informativă, este necesar să in terogăm copilul asupra intențiilor sale, să-l punem să ne explice desenul.

Prin mărturia sa copilul dezvăluie nu numai certe aptitudini practice (abilitate manuală, calități perceptive, buna orientare în spațiu etc.), dar mai ales trăsături ale personalității sale (reacțiile sale emoționale de

moment, atitudinile sale afective în situații determinante, preferințele, cerințele sale de interes, viziunea supra lumii etc.).

Dintre planurile multiple în care se manifestă personalitatea copilului în desen (aşa cum au fost conturate prin studiile psihometrice, clinice şi de generalizările statistice), se prezintă în continuare următoarele trei:

A. Valoarea expresivă a desenului

Gestul grafic, maniera în care copilul tratează suprafața albă, alegerea formelor şi locurilor sunt elemente ce exprimă starea sa emoțională, temperamentul sau cea ce este cunoscut sub numele de valoarea expresivă a desenului

- Cu privire la gestul grafic, se distinge linia furioasă, agresivă (care poate, la limită, să antreneze o ruptură, o sfâşiere a hârtiei), de linia ezitantă, abia subliniată. În acest sens, unii autori consideră că studiul desenului nu diferă fundamental de grafologie, el putând să costituie un simplu caz particular. S-a realizat o clasificare a diferitelor tipuri de trăsături şi s-a încercat o corespondență grafică într-un anumit tip de emoții. S-a putut, de exemplu, verifica existența unei mari concordanțe între expresia grafică, umor şi caracter.
- O analogie ar exista, de asemenea, între cadrul spațio-temporal în care se situează copilul şi spațiul grafic sau, altfel spus, un paralelism între pulsiunile sale şi mişcările grafice. Copilul ambițios, care caută să-şi afirme prezența sa în tot locul şi în orice moment, va avea un desen care va acoperii pe cât posibil spațiul foii. Deseori, însă, umplerea sistematică a întregii foi poate fi în egală măsură un semn de imaturitate, după cum utilizarea unui spațiu exagerat de mic poate fi un semn de dezechilibru.

Concepția simbolică asupra spațiului (Pulver) propune o divizare a foii de desen în trei zone orizontale şi două zone verticale. Zona orizontală superioară ar simboliza idealul, zona mediană – centrul de interes cotidian al copilului, zona orizontală inferioară – pulsiunile sale primitive; banda verticală dreapta ar prezenta viitorul, iar cea stângă trecutul.

Această concepție este mult discutabilă. Tendința spre zona superioară a paginii ar indica şi propensiunile spre orgoliu, pe când zona inferoară, de la baza foii, ar ilustra stabilitate şi puternică înrădăcinare.

- Studiul formelor (Rose Alschuler şi B.Weiss Hattwick) a urmărit realizarea unei comparații între stilul grafic şi viața afectivă a copilului. Astfel, copiii care manifestă interes mai ales pentru liniile drepte şi pentru unghiuri sunt copii relişti, deseori cu o bună capacitate de organizare şi inițiativă.

Dimpotrivă, cei care preferă liniile curbe sunt sensibili, foarte imaginativi, dar fără încredere în ei, căutând aprobarea adulților.

De asemenea, predominarea formelor circulare ar fi un semn de imaturitate şi feminitate, echilibrul dintre formele circulare şi liniile verticale ar indica un echilibru şi control al impulsivității; predominarea verticalelor ar fi proprie temperamentelor active, energice, bărbăteşti orientate spre exterior. Mai rara predominarea liniilor orizontale ar fi adesea un indicator al conflictelor psihologice.

- Cercetătorii s-au preocupat şi de studiul dispunerii, al orientării liniilor în spațiu. Astfel, a fost opus spiritul de decizie al celor ce-şi orientează liniile în direcții coerente, celui impulsiv, al celor ce-şi orientează liniile în toate direcțiile.

Predominarea formelor unghiulare ar reflecta maniera regresivă, dispunerile în zig-zag şi liniile sparte, din bucăți, ar fi semne ale

instabilității, ier preferința pentru puncte sau mici pete ar exprima ordinea şi meticulozitatea.

Față de cele menționate mai sus se impune şi precizarea următoarelor aspecte:

Până la 7 ani, prezența unor elemente grafomotorii (linii,forme, direcții, etc.) şi repetarea acestora sunt în sine puțin relevante, deoarece copilul are nevoie să-şi exerseze mâna, să-şi însuşească aceste elemente; unele perseverări stereotipe, coroborate cu răspunsurile copilului la alte probe, pot indica fenomene de rigiditate mintală, chiar de retard, după cum nu orice curbă înseamnă imaturitate, dimpotrivă, precocitatea în realizarea liniei curbe şi a personajelor în mişcare poate fi un semn al flexibilității mintale, al creativității. După intrarea copilului în şcoală, aceleaşi elemente dobândesc semnificații psihologice noi.

- Culoarea are, de asemenea, o valoare expresivă. Fiecare culoare are efecte proprii. Culorile reci, în particular tonurile albastre, au tendința să se concentreze, să „fugă" din fața privirii noastre, pe când tonurile de roşu iradiază, tind să „avanseze" spre noi.

Există culori care se completează sau se opun. Anumite combinații dau impresie de armonie, de coerență, altele, din contră, provoacă efecte contrastante. Notiunea însăşi de ton cald sau ton rece este semnificativă şi pare să fie legată de proprietățile fizice elementare ale culorii.

Aceste efecte ale culorilor sunt induse şi de corespoendentele naturale dintre culori şi anumite elemente naturale. De exemplu, între roşu şi sânge, simbol al vieții, dar şi al rănirii, al ferocității; între bleu şi cer sau apă; între verde şi vegetație; între galben şi foc sau lumină.

Corespondentele dintre culori şi natură vizează nu numai lucrurile, ci şi diferitele stări ale substației. De exemplu, tonurile opace şi terne evocă

o substanță materială rezistentă, în timp ce tonurile vii au o calitate aeriană, care evocă jocul luminii traversând lucrurile.

Impresiile de tristețe sau de bucurie, de armonie sau de tensiune pot fi citite din desenele copiilor. În ansamblu, culorile calde sunt apanajul copiilor deschişi, bine adaptați grupului, în timp ce culorile neutre caracterizează copiii închişi în ei înşişi, independenți şi adesea agresivi.

Roşul, culoarea preferată de copii mici, mai târziu va exprima manifestări de ostilitate şi dispoziții agresive.

Printre copiii care utilizează albastru se pot distinge două grupe: cei care caută să se conformeze regulilor exterioare, dar care în profunzime nu le acceptă, şi cei care se conformează de asemenea, regulilor grupului, dar sunt suficient de evoluați ca să le accepte.

Negrul ar exprima inhibiție, teamă şi s-ar asocia unui comportament depresivă; portocaliul o stare de fericire de relaxare, verdele o reacție față de discplina prea riguroasă; violetul tensiuni conflictuale.

Prezintă, de asemenea, interes alegerea nuanțelor şi reprezentarea acestora; suprapunerea exprimă conflictul dintre diverse tendințe; izolarea acestora exprimă rigiditate şi teamă; amestecul fără discriminare ar exprima imaturitate şi impulsivitate.

B. Valoarea proiectivă a desenului

Stilul general de reprezentare exprimă dispozițiile fundamentale ale viziunii copilului asupra lumii şi constituie valoarea proiectivă a desenului.

Valoarea proiectivă a desenului copilului se referă la efectul provocat de acesta, stilul sau personalitatea ca tonalitate (în psihanaliză proiecția are un sens bine determinat, sensul de „proiectiv" utilizat aici este diferit de cel psihanalitic).

Astfel, în desenele unor copii domină mişcarea şi culoarea, mişcări ascendente şi mişcări descendente ale personajelor, arborilor,etc, preferința pentru anumite culori, în timp ce la alții domina un echilibru, personajele au atitudini rigide, parcă sunt închegate, linia este riguros uniformă, iar juxtapunerea culorilor dă ansamblului un aspect armonios.

Francoise Minkowska distinge, în acest sens, două tipuri de temperament „raționalul" care se complace în abstract, în imobil, solid şi rigid căruia îi scapă mişcarea şi „intuitivul", care mai mult gândeşte decât simte, care separă şi discerne obiectele prin contururi precise; „senzorialul", din contră, aplecat spre concret, mai mult simte decât gândeşte, vede lumea în mişcare, în imagini totdeauna vii, departe de orice abstracție.

În desenul copilului se regăseşte această opoziție atât în desenele libere, cât şi în desenele cu temă.

Copilul senzorial se interesează de obiectele familiare, îi place să le acumuleze, ceea ce dă desenului său impresia de bogăție extremă. În peisaje apar case, arbori, personaje. În detaliu, fiecare obiect este reprezentat cu o grijă deosebită, totul este viu, totul se mişcă, totul este în curbe şi sinusoide. Alegerea culorilor este, de asemenea, caracteristică.

Tipul senzorial iubeşte tonurile vii, realiste, culoarea domină forma şi dă ansamblilui o impresie de lumină şi viață.

Copilul „rațional" este exact opus; costrucția este precisă, echilibrată, statică, trăsăturile sunt nete, domină simetria, obiectele lăsând între ele suprafețe vide.

Merită să se considere că această opoziție nu defineşte două grupuri de copii, ci mai curând doi poli în particularitățile formale ale desenelor copiilor.

În general, ambele tendințe se regăsesc doar în modalități schimbătoare.

C.Valoarea narativă a desenului

Desenul copilului reflectă, de asemenea, centrele sale de interes, gusturile, preferințele. Aceste mobiluri determină copilul să facă un anumit desen şi nu altul. Rareori copilul alege tema desenului pe baza sugestiei altei persoane. Cel mai adesea alegerea obiectului este determinată de situație: un sejur pe malul mării, la munte, o vizită la grădina zoologică sau la circ.

Sunt apoi evenimentele de sezon: Anul Nou cu peisaje de iarnă, cadouri, Paştele cu ouă colorate şi/sau încondeiate etc.

Vederea unui obiect care marchează conştient sau nu imaginația copilului constituie, de asemenea, o ocazie pentru alegerea temei. De exemplu, noutatea obiectului: un avion, fructe de sezon etc. Deseori nu obiectul însuşi va stimula opțiunea, ci o imagine, o fotografie care îl reprezintă. Nu atât obiectul îl fascinează, cât reproducerea sa, mai ales când copilul descoperă mijloacele pentru a-l reprezenta în imagine.

Tot astfel, desenele anterioare exercită o atracție puternică şi favorizează repetarea aceloraşi teme.

Uneori, cu ocazia unor erori, a unei improvizații, copilul găseşte în schema sa obişnuită un sens nou sau descoperă posibilitatea de aprezenta un nou tip de obiect.

Alegerea temei este deci, în general, determinată de două serii de mobiluri: dorința de reprezentare a unui anumit obiect, plăcerea de a reproduce anumite scheme grafice obişnuite şi de ocazia mutațiilor deliberate sau inopinate de a încerca să le aplice în reprezentarea altor obiecte care nu erau alese anterior.

Imitarea directă a unui obiect perceput nu joacă aici (cadrul valorii narative a desenului) decât un rol secundar. Ceea ce-i place lui nu este să dea iluzia prezenței unui obiect absent, ci să se asigure de puterea sa de a semnifica prin imagini. Copilul copiază puțin obiectele reale pentru că acest exercițiu îl ajută să-şi perfecționeze schemele sale obişnuite.

Dacă alegerea obiectelor este legată adesea de circumstanțe, ea depinde, de asemenea, de preferințele sale obişnuite, de lumea cotidiană, de cărțile al căror conținut îl impresionează, de revriile lui etc.

Alegerea obiectelor şi temelor este de altfel, în întregime curiosă. Un anumit copil va reproduce scene domestice, cu animale sau scene de explorare , etc. Un altul, scene de război, de agresiune sau scene din sporturi, etc. În spatele acestor teme se află preocupările cotidiene, dorințele, visurile copilului.

Repetarea unor teme are o mare valoare indicativă. De exemplu, în desenul satului/oraşului la copiii instabili emoțional, apar cu mare frecvență străzi mai lungi şi mai sinuoase.

În acest sens, nu trebuie uitată valoarea simbolică a temelor. Unele obiecte, scene sau particularități de reprezentare a acestora trimit la experiența trecută la interesele actuale sau de viitor, dar ele au în plus o valoare simbolică. *„universul nostru este o lume de forțe şi raporturi”*, conform afirmațiilor făcute de Elena Badea, cercetător ştiințific la I.S.E.. Astfel soarele simbolizează căldura, viața. Lumea obiectelor este o lume de simboluri. Copilul poate desena un leu pentru că a văzut unul, dar pentru el leul este purtătorul unui sens, care-l distinge de alte animale. Acest domeniu al imaginarului, care ocupă un spațiu larg în viața copilului, se exprimă în mod natural în desenele lui.

În concluzie, desenul copilului şi dialogul adultului cu acesta dezvăluie structura şi dinamica personalității copilului, relațiile lui

afective cu lumea, mişcările de apropiere sau de retragere, care marchează raporturile cu fiinţele sau lucrurile. Desenul şi pictura dau posibilitatea copiilor, aşa cum am văzut de altfel, de exprimare, de structurare şi de dezvoltare a propriei personalităţi; au valenţe psihoterapeutice general recunoscute.

Euritmia, care este, în fond, o „vizualizare a limbajului", face conexiunea dintre sunet, simbolul grafic şi gest, dintre concret şi abstract dintre minte şi corp, valorizându-l pe acesta din urmă, euritmia asigură nu doar o armonizare a mişcărilor proprii, ci şi o armonizare cu mişcările celorlalţi. Scopul ei ultim este integrarea organică în mişcarea unei comunităţi (F.Carlangen, 1976).

R.Steiner a subliniat ideea că activităţile artistice sunt menite să elibereze, să dezinhibe imaginaţia şi creativitatea copilului, săi dea şansa de a se construi pe sine însuşi ca pe un întreg, de a-şi coordona abilităţile intelectuale şi cele practice, definindu-se ca întâlnire fericită a celor trei dimensiuni fundamentale ale fiinţei umane.

În contrast cu psihopedagogia clasică, cu soluţiile şi metodele acesteia, demersul steineriar pune accentul nu pe memorie ci pe înţelegere, nu pe actul învăţării în sine ci pe apropierea artei de învăţa, de a căuta şi a propune soluţii proprii la probleme venind din varii domenii de activitate. În acest fel, suficienta mioapă bazată pe siguranţă, adeseori falsă, decurgând din deţinerea unui bagaj informaţional bogat, dar achiziţionat în mod formal şi mecanic (şi care duce la atitudini conservatoare şi negative faţă de tot ce nu corespunde achiziţiilor deja existente) este înlocuită cu o atitudine de deschidere, de curiozitate intelectuală, de toleranţă faţă de inedit şi faţă de personalitatea şi ideile altora. La urma urmei, aşa cum remarcă subtil Nietzche, rolul

educatorului nu este de a potoli ci de stârni foamea intelectuală a copilului.

CONTRIBUȚIA ORELOR DE ÎNDELETNICIRI PRACTICE ŞI ABILITARE MANUALĂ LA TERAPIA TULBURĂRILOR PSIHOMOTRICITĂȚII COPILULUI DEFICIENT MENTAL

- metode şi procedee -

A opera modificări în cadrul unor individualități maladive, copiii deficienți mintal cu dificultăți motorii, înseamnă de fapt a transforma comportamentul copilului simultan cu întreaga sa personalitate.

Fiecare elev prezintă anumite tulburări care trebuie luate în considerație în planul individualității sale pentru a ajunge la scopul propus adică la formarea unor deprinderi motorii care să îi imprime exprimări practice suple, libere, relaxante, exprimări care să aibă un înteles atât pentru cei care le efectuează, cât şi pentru celelalte persoane.

Aceste deprinderi vor deveni un dar oferit altora si totodată un motiv de satisfacție personală, adică in cele din urmă vor genera un schimb.

Reeducarea psiho-motricității este până la un anumit punct o terapie prin modificările pe care le provoacă prin satisfacția de a învinge greutățile, o victorie care se va întinde şi asupra cerlorlalte activități şcolare cotidiene.

Reeducarea psiho-motricității copilului deficient mintal se supune anumitor reguli generale ce trebuie bine cunoscute, însă ea nu trebuie să pună în fața statorniciei rigide a deprinderilor inițiale ale deficientului motor alte modalitati rigide, dimporivă , trebuie să fie suplă şi să se axeze pe o gamă vastă şi variată de tehnici, metode şi procedee.

Prin activitățile de îndeleticiri practice şi abilitare manuală elevul deficient este implicat într-un proces de învățare gradată prin care va aborda activități simple, plăcute, atractive şi va dobândi o experiență

bogată (vizuală, perceptivă, motrică) de înțelegere generală, activități ce-şi vor îndeplini în acelaşi timp şi rolul corectiv.

Terapia ocupațională desfăşurată în orele de îndeleticiri practice şi abilitare manuală strâns legate cu celelalte activități didactice este o metodă terapeutică care are menirea să vindece printr-o muncă plăcută sau pe care noi, cei care educăm, o facem să fie plăcută şi acceptată încât să se subînscrie scopului major al recuperării psiho-motorii, scop subordonat dezideratului de a cultiva la elevi o atitudine pozitivă pentru activtate în general .

Elevul este stimulat să lucreze spre a-şi satisface anumite cerințe vitale, spre a i se redeştepta dorința de a paticipa la viata de grup, de a se integra în viața socială.

Cadrul didactic are libertatea de a alege tipul de activitate în funcție de particularitățile clasei, de dificultățile şi dezvoltarea psihomotrică a fiecărui elev.

Eterogenitatea formelor de dezvoltare psihomotrică din fiecare clasă în parte va necesita organizarea, activitățile desemnate pe grupe cu nivel de dezvoltare aproximativ echivalent care vor primi spijin diferit din partea învățătorilor şi vor avea de executat sarcini cu grade de dificultate nuanțate.

Wallon, vorbind despre metodele diverse ce pot fi utilizate în procesul de recuperare psiho-motorie spune că este imperios necesar să se respecte o anumită ordine în utillizarea acestor metode dând întâietate acelora pe care subiectul le preferă.

Practica şcolară ne-a confirmat aceasta determinându-ne să stabilim în scopul educării psiho-motricității elevilor deficienți, drept criteriu esențial în alegerea uneia sau alteia din metodele de stimularea

motricității, plăcerea, preferința subiecților încât metodele alese să nu declanşeze în elev nici anxietate, nici blocare, nici opoziție.

"Satisfacțiile pe care copilul le găseşte în activitatea propusă constituie criteriul esențial drept pentru care e periculos să studiem psiho-motricitatea numai în planul motoriu şi să ne preocupăm rigid doar de studiul omului motoriu" (H. Wallon).

Educatorul, pe parcursul întregului drum al dezvoltării psiho-motricității, trebuie să lupte continuu contra inhibiției motrice, elevul deficient având incapacitatea de a-şi inhiba reacția la toți stimulii care induc activitatea motrică.

El trebuie să aibă în vedere că orice obiect care poate fi împins, târât, pliat dă naştere unei reacții îndeosebi motrice, din partea elevilui deficient.

În organizarea educării psiho-motricității pedagogul (psihoterapeutul) trebuie să aibă în vedere câteva obiective generale călăuzitoare în acțiunea sa recuperatorie, ca:

a. îmbogățirea cunoaşterii realității prin contactul activ şi direct al elevilor cu diverse materiale, unelte simple şi obiecte
b. activizarea întregii personalități în activități succesiv gradate în vederea maturizării psihice şi motrice;
c. realizarea terapiei motice şi mintale în limitele particularităților de care dispune fiecare copil;
d. abilitarea manuală generală şi a întregului organism în vederea consolidării în viitor a abilităților profesionale.

Iată câteva dintre metodele ce pot fi utilizate de către educator în procesul recuperării psihomotorii, în vederea realizării obiectivelor prezentate:

1. Desenul indicat cu prioritate la clasele mici, preferat de subiecții de toate vârstele. S-a constatat că este deosebit de util şi îndrăgit de elevi desenul pe bază de indigou. Acesta este necesar pentru că (la fel ca şi in cazul scrierii) copilul îşi poate controla singur mişcările şi apăsarea mâinii.

Este foarte prețuit de elevi fiindcă materialul este rezervat în genere adulților, iar folosirea lui oferă copilului posibilitatea de a se valoriza.

2. Colorarea cu ajutorul figurilor scobite (conturarea).

Aceste figuri sunt şabloane de carton sau şabloane scobite ce reprezintă diverse obiecte, animale, persoane. Elevul trebuie să țină obiectul cu o mână, în timp ce cu mâna cealaltă duce creionul de-a lungul marginii interioare sau exterioare a figurii săpată în material.

Coordonarea simplă a celor două mâini nu se poate obține uneori din capul locului nici chiar de la elevii mai mari. În cazul acesta, trebuie să ținem noi figura, iar subiectul să traseze linia. Treptat, el ajunge să se descurce singur şi apoi să coloreze figura respectivă.

3. Decuparea cu foarfecele sau cu mâna a unor benzi de hârtie sau a unor figuri desenate în prealabil, explicându-se tehnica ce trebuie adoptată pentru a coordona mişcările şi luând aminte la coordonarea celor două mâini. De obicei, acest procedeu se asociază cu lipirea figurilor tăiate.

Decuparea figurilor colorate extrase din reviste poate înlesni ideea de a propune elevilor exerciții de motricitatea fină, exerciții care le plac.

4. Îndoirea foilor de hârtie scoate foarte repede la iveală eventualele deficiențe ale simțului de orietare spațială.

În atare condiții, acesta se cere a fi educat, căci cea mai fină adaptare motorie a copilului depinde în mare parte de el.

Ca exerciții posibile vom menționa în ordinea crescândă a dificultăților:

a. îndoirea simplă a foii de hârtie de-a lungul unei axe;
b. îndoirea în patru a unei hârtii de formă pătrată, de-a lungul a două axe mediane;
c. îndoirea imitând cutele burdufului de la acordeon. Exercițiul pretinde aranjarea exactă a cutelor, apăsarea degetelor şi întoarcerea hârtiei pentru a forma fiecare cută;
d. împletirea a trei benzi de hârtie;
e. împletirea de ghirlande din două benzi de hârtie rezistentă, de culoarea preferată (operație ce necesită o succesiune de mişcări mai complexe).

5. Execiții cu plastilină.

Le putem atribui un loc preferențial dacă plac subiecților, plastilina fiind un material foarte adecvat (deoarece nu opune prea mare rezistență) pentru dezvoltarea supleței şi fermității gesturilor.

Pe lângă plastilină se pot folosi perle, hârtie, chibrituri sau beţişoare, elevul putându-se distra confecționând diverse obiecte şi valorificându-şi imaginația.

Prin exerciții analitice foarte scurte (2-5 minute) se pot cultiva mai sistematic flexibilitatea, disocierea şi coordonarea mişcărilor mâinilor.

6. Jocurile cu bile

Jucându-se cu bile elevii învață treptat să le arunce în locuri precise, ținând bila între degetul mare şi arătător, apoi lovind-o cu spatele unuia

din cele două degete şi aruncând-o ca de obicei cu degetul mare apăsat şi arătătorul îndoit.

7.Exerciţii cu cărţile de joc pot fi un pretext pentru manipularea cărţilor care oferă prilejul de a exersa suplețea şi finețea gesturilor ca şi coordonarea mişcărilor celor două mâini.

În aceste împrejurări, elevul poate învăța o serie întreagă de mişcări de cele mai diverse tipuri.

8. Diverse împletituri

Metodă importantă (ce se utilizează pe scară largă în şcoala noastră) care familiarizează pe elevi cu un număr însemnat de materiale, cu proprietățile acestora precum şi cu diverse procedee de lucru menite a contribui la terapia psiho-motrică a elevului deficient.

Împletiturile îmbogățesc cosiderabil bagajul de cunoştințe al elevilor prin faptul că proveniența materialelor fiind diferită (sfoară, pănuşi de porumb, papură, paie, sârmă, fire sintetice) educatorul va avea prilejul să dea şi unele explicații elementare despre aceste materiale, despre ramurile de producție la care se referă.

9. Tehnica picturii şi a desenului liber cu creioane colorate, pensulă şi acuarelă pe hârtie, pânză, sticlă, ceramică, pe lângă faptul că impulsionează motricitatea, constituie o terapie complexă oferind copilului posibilitatea de a se exprima, instalându-se din capul locului o reeducare psiho-motorie pe plan ludic (la copiii de vârstă mai mică) sau tehnic (la copii de la 10-12 ani).

Chiar din momentul folosirii picturii libere educatorul trebuie să intervină continuu modificând poziția corpului, a mâinii, să amelioreze mai ales statica generală a corpului. Totuşi, la acest nivel nu este vorba de

o reeducare psiho-motrică propiu-zisă, copilul trebuind să fie lăsat să acționeze singur, iar comportamentul lui cerând să fie observat în vederea luării altor măsuri pentru dobândirea supleței şi a uşurinței în gesturi.

10. Activități de expresie motrică ce se bazează pe folosirea de material plastic, lemn pentru microsculpturi, material pentru broderii diverse şi complexa activitate de pirogravat.

În activitatea de educare psiho-motorie, educatorul indiferent de metoda sau metodele folosite trebuie să aibă permanent în vedere elementul relaxării subiecților.

Aceasta are menirea de a calma într-o măsură oarecare subiectul şi a-l face să accepte parcurgerea tuturor etapelor de lucru (după Schultz).

Relaxarea este necesară pentru că permite crearea unor relații de natură specială între educatori şi copii. Aplicarea acestei tehnici pare să ducă şi la formarea sentimentului de încredere în copil, la dispariția reacțiilor de prestanță care stânjenesc educarea psiho-motorie.

Paralel, educatorul trebuie să solicite încetul cu încetul o mai mare autonomie a subiectului şi o emancipare progresivă printr-o mai mică fregvență a controalelor şi prin ajutorul concret acordat din ce în ce mai rar.

Şi, în sfârşit, relaxarea s-a dovedit şi mai necesară în activitatea practică mai ales la cazurile care prezintă simțitoare tulburări de caracter.

În utilizarea modalităților şi tehnicilor de dezvoltarea psiho-motricității trebuie să-şi dea mâna învă, educatorul, profesorul de educație fizică (CFM), logopedul (CDV) şi psihologul şcolar pentru ca printr-o activitate concentrată de lungă durată cu o evidență clară (ținută în caiete care conțin tulburările şi progresele pe plan motric al fiecărui elev) să se obțină succesul scontat.

Prin metodele despre care am vorbit şi mai ales prin modul lor de utilizare trebuie să dovedim că se poate face din metoda noastră un mijloc de a-i ajuta pe copiii cu tulburări psiho-motorii în vederea obținerii unei eficiențe moderate sau chiar maxime cu minimum de cheltuială energetică.

Înainte de a pune punct handicapului, noi educatorii, ne găsim in fața fiecărui copil încercând să ne adapăm specificului lui, totodată încercând să adaptăm copilul cu exigențele propuse.

În complexa muncă de recuperare psiho-motorie educatorul execută contiuu o mişcare de du-te vino între terapeutica organizării generale terapeutica etiologică, simptomatică şi metodele pe care trebuie să le folosească, iar aceste patru copartimente sunt în continuă evoluție, fiecare progres înregistrat cu fiecare subiect modificând uriaşul ansamblu al recuperării psiho-motorii, ansamblu care poate şi trebuie să stea sub semnul progresului ce vizează îndemânarea, precizia, viteza, organizarea spațio-temporală şi celelalte aspecte de bază ale motricității.

Scopul tehnicilor prezentate mai sus nu este numai acela de a ameliora psiho-motricitatea, ci de a acționa asupra întregii personalități a elevului în vederea recuperării lui totale pentru că totul este subordonat perspectivei şcolarizării copilului ce prezintă tulburări psiho-motorii într-o viitoare profesie utilă societății în care acesta să se realizeze plenar.

MELOTERAPIE

ELEMENTE DE MELOTERAPIE UTILIZATE ÎN ACTIVITATEA RECUPERATIV TERAPEUTICĂ CU ELEVII CU HANDICAP MINTAL

- aspecte teoretice şi practice -

Programa actuală destinată recuperării copiilor handicapați din țara noastră, din cadrul şcolilor speciale, acordă o importanță deosebită activităților de terapie ocupațională şi psihoterapie de expresie.

Trebuie să subliniem încă de la început că această categorie de activități, cu efecte terapeutice deosebit de eficiente se pot organiza şi în alte categorii de instituții, centre de zi, cămine şcoală sau spital, precum şi grădinițe speciale.

În perspectiva realizării învățământului integrat în țara noastră, ele vor trebui organizate în cadrul şcolii obişnuite, care se va transforma într-o şcoală inclusivă ce va răspunde nevoilor tuturor copiilor.

Din cadrul activităților de expresie fac parte şi activitățile de art-terapie, care se referă, în principal, la folosirea mijloacelor de expresie artistică în scopuri terapeutice.

Aceste mijloace îşi dovedesc eficiența prin faptul că ele fac apel la sinet, pentru a realiza o relație optimă între educator şi subiect.

Meloterapia se încadrează în vasta arie a psihoterapiei prin artă.

Valoarea terapeutică a muzicii rezultă din multiplele influențe pe care le are asupra psihicului uman, datorate complexității fenomenului muzical însuşi.

Muzica reprezintă "arta de a exprima sentimente şi idei cu ajutorul sunetelor combinate într-o manieră specifică" (DEX – Dicţionarul explicativ al limbii române, Edit. Academiei Române, 1995).

Muzica declanşează procese afective dintre cele mai variate şi neaşteptate, de la emoția muzicală cu o gamă largă de manifestare – bucurie, trăire interioară, sentimentul armoniei, înălțare spirituală – până la descărcări explozive de exaltare colectivă.

Fiind cea mai complexă artă şi în acelaşi timp accesibilă tuturor oamenilor, muzica dispune de cel mai fin şi mai penetrant limbaj artistic – SUNETUL.

Rezultantă a vibrației sonore periodice şi regulate, sunetul muzical dispune de patru însuşiri: înălțime, durată, intensitate şi timbru. Organizarea şi succesiunea acestora, cu sens expresiv, îşi dovedesc eficiemța prin sensibilizarea subiecților, cât şi crearea unei stări psihice pozitive ce permite realiza unei realații corespunzătoare de comunicare dintre educator şi subiect.

RITMUL în muzică se referă la succesiunea organizată a duratei sunetelor. Utilizarea sa judicioasă facilitează dezvoltarea facultăților psihice superioare ale ființei umane a valorilor sale etice.

Ritmul se rezumă, în principal, la caracteristicile mişcării. El prezintă rezonanțe diferite la o persoană sau alta, în funcție de vârstă, stare de sănătate, dispoziție sufletească de moment sau nivel cultural.

ARMONIA se referă la îmbinarea melodică a sunetelor şi se bazează pe tehnica acordurilor, specifică compoziției.

Ritmul şi armonia sunt elementele esențiale ce compun o melodie sau cântec.

MELODIA, ca rezultat final al unei creații muzicale reprezintă "o succesiune de sunete îmbinate după regulile ritmului şi ale modulației pentru a alcătui o unitate cu sens expresiv", exprimată într-o compoziție muzicală.

În cadrul muzicoterapiei, educatorul trebuie să fie interesat, în special, de efectul pe care îl are muzica utilizată sub diverse forme. Ca mijloc pentru recuperarea personalității individului normal sau handicapat.

La normali s-a demonstrat că muzica exercită o serie de efecte benefice, printre care enumerăm:

- determină o serie de stări afective tonice;
- induce subiectului o stare de linişte, conducând la reducerea stărilor de tensiune şi anxietate;
- permite evadarea şi induce adesea o stare de securitate;
- creşte tonusul subiectului şi rezistența sa la effort, contribuind în acelaşi timp la învingerea unor obstacole ??? existenței, cum ar fi stările de boală sau handicap;
- facilitează comunicarea între persoane;
- contribuie la dezvoltarea unor funcții şi procese psihice, începând cu cele primare, senzații, percepții şi reprezentări şi terminând cu cele mai complexe, cum ar fi, de exemplu , afectivitatea şi imgainația;
- ameliorează comportamentul şi socializează individul.

La copiii handicapați mintal meloterapia este folosită, în special, în stabilirea unui alt tip de comunicare, diferit de cea verbală, cu aceşti subiecți.

Atunci când se lucrează cu aceşti subiecți contează mai puțin nivelul de dezvoltare al aptitudinilor muzicale pe care aceştia le posedă, deoarece în această situație muzica nu este utilizată în terapie datorită calităților sale estetice.

Weigl introduce, în acest sens, termenul de muzică funcțională, care desemnează faptul că muzica eficace în terapie este cea destinată obiectivelor practice, în funcție de nevoile subiecților.

“Principalul obiectiv al meloterapiei este acela de a stabili contactul cu handicapatul mintal şi de a facilita comunicarea între el şi educatorul transformat în terapeut” (S.Ionescu)

Deci, în cadrul activităților de meloterapie, muzica este utilizată în scopul recuperării pe cât mai mult posibil a personalității decompensate a acestor categorii de handicapați.

Pentru atingerea acestui scop, S.Ionescu sugerează realizarea unei diferențieri tranşante între utilizarea muzicii în sens terapeutic şi utilizarea acesteia în diferite activități recreative organizate cu copiii handicapați.

Cercetările au demonstrat că, instrumentele de percuție, cum ar fi castanietele, clopotele, tamburinele, țambalele, xilofoanele, facilitează comunicarea, mai ales în cazul copiilor cu handicap mintal mai sever sau al celor timizi şi anxioşi.

În cadrul unei asmenea activități desfăşurate, spre exemplu, în cadrul Centrului de recuperare Folke Bernadotte, din Suedia, se folosesc cu succes asocierea dintre două instrumente, pianul şi toba. Copilul este aşezat comod într-un fotoliu şi ascultă diverse melodii interpretate la pian de un meloterapeut calificat. Acesta urmăreşte reacțiile cu atenție, în scopul stabilirii frecvențelor preferate, înalte sau grave, cu ajutorul căruia stabileşte, în continuare, gama de interpretare ce va determina la subiect o avalanşă de reacții emoționale, cauzată de o vibrație afectivă autentică la muzica ascultată.

În continuare i se dă copilului o tobă în care i se cere să bată în funcție de ritmul melodiei ascultate. În acest mod copilul fixează ritmul şi prin acțiunea sa asupra tobei îşi îmbunătățeşte performanțele în domeniul motricității.

Aceasta reprezintă, în fond, cheia unei adevărate terapii a succesului.

Pentru acompaniament se poate folosi, de exemplu, şi o muzicuță cu clape, care forțează subiectul să-şi folosească degetele.

Pentru calmarea subiecților anxioşi şi a celor hiperkinetici se foloseşte, în general, un instrument deosebit de armonios, care emite un fel de sunete prelungi de clopoței.

Rezultatele au demonstrat că prin folosirea unui astfel tip de şedință de meloterapie este influentat benefic intregul psihic al subiectilor.

În cadrul instituțiilor de învățământ din țara noastră educatorii pot utiliza astfel de şedințe ca cea descrisă mai sus, cu ajutorul unei înregistrări pe bandă magnetică şi al unui sintetizator de sunete.

Cercetările au evidențiat că, atât la normali cât şi la handicapații mintal, meloterapia are efecte deosebite asupra dezvoltării comunicării.

Atunci când handicapatul mintal este asociat cu alte tulburări sihice, cum ar fi hiperactivitatea sa instabilitatea emotivă, se impun câteve distincții separate.

La copiii deficienți mintal hiperactivi, muzicoterapia poate fi utilizată pentru ameliorarea inhibiției voluntare a actelor motorii şi pentru realizarea unor performanțe de succes.

La cei cu instabilitate emoțională utilizarea muzicoterapiei, în viziunea lui S.Ionescu, determină:

- diminuarea tensiunilor;
- reducerea agresivității;
- îmbunătățeşte cooperarea în interiorul grupului;
- ameliorează munca de echipă.

Murphy a demonstrat că meloterapia îi ajută şi pe cei cu tulburări relaționale, deoarece favorizează participarea spontană la "activități de grup" (S.Ionescu).

Cercetările efectuate de Humprey ne oferă indicații metodice prețioase despre preferințele copiilor pentru diverse forme de activități de meloterapie, în funcție de nivelul lor de activism. "Subiecții cu un nivel de activitate globală aleg dansul, cei cu nivel mediu de activitate grupa de toboşari, iar cei cu nivel scăzut de activism se orientează cătregrupele de coruri sau acompaniament".(S.Ionescu).

Aşa cum a rezultat şi din cele prezentate mai sus, terapia prin muzică se poate organiza în mod individual sau în grupuri.

În cadrul grăsinițelor şi şcolilor speciale este util să se grupeze copiii în funcție de performanțele de care sunt capabili în domeniul muzicii şi în funcție de nivelul retardului lor intelectual.

Activitățile de meloterapie cu cei cu deficiențe mentale severe sau polihandicapuri, este indicat să se desfăşoare prin şedințe individuale.

Meloterapia, din punct de vedere al activităților care se solicită copiilor, se mai poate împărți în două forme – activă şi receptivă.

Forma activă, denumită după unii autori şi directă, constă în diverse activități muzicale desfăşurate de subiecții înşişi, muzica instrumentală sau vocală, executată individual sau în grup.

Forma receptivă sau indirectă, este acea formă în care subiecții audiază muzica. În cadrul acestei a doua variante, pasivitatea subiecților nu este totală, deoarece activitatea de recepție solicită prin ea însăşi un anumit grad de participare din partea acestora.

În cadrul activităților de meloterapie desfăşurate în învățământ de către educatori şi logopezi, considerăm că este util să se urmărească următoarele obiective:

- dezvoltarea interesului față de activitățile muzicale;
- formarea şi dezvoltarea auzului muzical (cu elementel sale componente – simț melodic, ritmic, armonic-polifonic);

- educare vocii ca principal mijloc de redare a muzicii;
- formarea unor deprinderi practice muzicale (deprinderi de cânt, ritmice, melodice, armonico-polifonice, de interpretare, de utilizarea instrumentelor, ş.a.m.d.);
- educarea deprinderilor de a asculta muzica;
- integrarea în viața artistică a unităților de învățământ;
- cultivarea imaginației şi creativității;
- echilibrarea întregii personalități a copilului prin cultivarea unor trăsături de caracter pozitive;
- dezvoltarea sociabilității copilului prin participarea la activitățile organizate pe grupuri de copii.

În afara obiectivelor enumerate mai sus, Programa şcolară de terapie educațională complexă şi integrată, destinată educatorilor din şcolile ajutătoare, mai prevede şi o serie de alte obiective importante legate de :

- îmbunătățirea orientării spațio-temporale şi coordonării motrice;
- educarea expresivității mimico-gesticulare;
- nuanțarea exprimării verbale;
- dezvoltarea sensibilității cromatice muzicale;
- determinarea unor stări de deconectare, bucurie, încântare, etc.

Declanşarea procesului muzicoterapiei trebuie să pornească cu evaluarea generală a fiecărui copil, în funcție de nevoile căruia se vor selecta obiectivele adecvate ce urmează să fie atinse.

Aceasta se face prin studierea dosarului copilului, informații dobândite de la familie şi ceilalți membri ai corpului didactic, observarea şi studierea atentă a preferințelor sale muzicale şi cunoaşterea experiențelor anterioare din domeniul muzicii.

Se pot folosi, de asemenea diverse categorii de teste, care, este util, să se aplice cât mai devreme posibil, deoarece, cu cât se declanşează mai de timpuriu activarea terapeutică, cu atât cresc şansele de a se obține efecte mai substanțiale în planul recuperării. În acest sens, Graham a constituit o scală a nivelului de dezvoltare pentru performanțele muzicale, corelând aceste nivele cu vârsta mintală. Autorul justifică utilitatea testului său prin faptul că "fiecare individ urcă scala de dezvoltare în modul său propriu în diferite intervale de timp, aceasta depinzând de gradul de profunzime al handicapului său. "Scala sa de dezvoltare face legătura între vârsta mintală şi performanțele muzicale posibile, fixând totodată şi limitele ce pot fi atinse în cadrul învățării, în funcție de decalajul dintre etateamintală şi cea cronoogică, specifică handicapului mintal, după cum urmează:

VÂRSTA MINTALĂ	**DESCRIEREA PERFORMANȚELOR MUZICALE**
2-6 luni	- arată nediferențiat prin mişcări ale brațului sau piciorului, când cântă muzica
4-8 luni	- mişcă capul sau fața în direcția stimulului muzical
8-16 luni	- alunecă uşor sau se târăşte în direcția stimulului muzical
16-36 luni	- ascultă atent pentru un minut sau mai mult;
37-48 luni	- bate din palme sau bate din picior, stând jos;
48-54 luni	- cântă stând jos sau în picioare, bate din palme sau din picioare
54-56 luni	- bate din palme şi picioare
56-62 luni	- bate din mâini şi picioare în ritmul muzicii
62-72 luni	- cântă la un instrument stând jos sau în picioare

72-84 luni	- bate în ritm din picior, cântă la un instrument şi vocal
peste 84 luni şi din	- bate ritmul din picior, cântă pe tonuri înalte instrument în acelaşi timp

Scala mai are avantajul că nu utilizează elemente verbale influențate de factori culturali, fapt care o face uşor aplicabilă.

În funcție de nivelul de retard mintal al copilului şi obiectivele stabilite în recuperare, se pune problema alegerii celor mai potrivite activități în care acesta să fie inclus.

Se recomandă introducerea diverselor categorii de activități, într-o succesiune graduală, în funcție de tipul şi compatibilitatea acestora.

Toate aceste activități executate gradat, de la simplul complex, determină, prin combinarea lor, structurarea aptitudinii muzicale complexe la persoanele handicapate, asigurându-se în final la compensarea unor deficiențe din sfera personalității sale, în special a celor legate de psihomotricitate (dacă se referă la handicapatul minor).

A. Educarea ritmului se face prin următoarele tipuri de exerciții gradate, în funcție de gradul de dificultate şi nivelul de devoltare al copilului:

- aplaudarea sau baterea într-un instrument de percuție, la un anumit cuvânt dintr-un cântec;
- baterea ritmică la auzul unor cuvinte din vocabularul activ al copilului, de exemplu la auzul numelor prietenilor, profesorilor, a unor flori, păsări sau mâncăruri preferate;

- aplaudarea sau baterea într-un instrument de percuție în ritmul metronomului, în mai multe variante:

a. cu câte o bătaie la fiecare sunet de metronom,

b. cu câte o bătaie la fiecare al doilea sunet de metronom,

c. cu câte o bătaie la fiecarea al treilea sunet,

d. cu câte o bătaie la fiecare al patrulea sunet.

Astfel, spre exemplu, cercetările recente au relevat faptul că activitățile ritmice, care se bazează pe folosirea cu precădere a unor instrumente de percuție, este util să fie introduse înaintea altor categorii de activități. Aceasta deoarece s-a demonstrat că "introducerea ritmului este mai puțin anxioasă pentru subiecți" (S. Ionescu – Ibidem).

După diagnosticarea nivelului achizițiilor muzicale pe care le are un copil la un moment dat, se poate trece, cu succes, la elaborarea unor programe specifice, recuperatorii, care constau în executarea unei largi game de exerciții specifice, organizate pe domenii distincte de manifestare a aptitudinii muzicale.

Scopul acestor eserciții este de a şlefui aptitudinile muzicale ale handicapatului, atâtea câte există, pentru a le îmbunătăți competența şi plăcerea de a exers, cu efect benefic asupra personalității sale, în general.

Pentru dezvoltarea aptitudinilor muzicale complexe, este necesar să se acționeze în următoarele segmente distincte, din structura acestei aptitudini:

- educarea ritmului;
- formarea abilităților în folosirea instrumentelor;
- stimularea deprinderii de cânt;
- asigurarea unei legături corespunzătoare între cânt şi mişcare.
- redarea ritmului de bază dintr-o melodie, bătând din palme sau într-un instrument de percuție după următoarele măsuri 2/4, 3/4, 4/4, 6/8.

În cel din urmă caz, cel al categoriilor de exerciții destinate în special handicapaților mintal uşori, s-a constatat în practică că foarte puțini dintre aceştia sunt capabili de un progres suplimentar, având ca punct de plecare însuşirea ritmurilor de bază. Pentru acest ultim grup restrâns, se recomandă însuşirea bătăii în instrumente de percuție, în ritm sincopat, spre exemplu de tango, rumba, boss-a-nova sau cha-cha, ajungându-se în felul acesta, la cultivarea unei aptitudini muzicale autentice.

B. Folosirea instrumentelor

- instrumente de percuție (tamburina, toba, țambalul, shakerul), sunt folosite în activitatea cu handicapatul mintal nu numai pentru deprinderea ritmului, ci şi permite diferite activități care să le formeze percepția sunetului fiecărui instrument în parte. Studiile metodice recomandă, în acest sens, folosirea unor instrumente în timpul unei povestiri, prin asocierea lor cu diverse personaje sau evenimente ale narațiunii. (Word şi Dobbs)

- instrumentele cu corzi sunt folosite în diferite exerciții ca:

1. la auzul sunetului emis de vibrarea unei corzi, emis de terapeut, se cere copilului să-l reproducă prin atingerea corzii, fără emiterea sunetului;

2. ciupirea unei corzi indicată de adult, sub directa sa supraveghere sau sprijin.

3. alegerea dintr-un grup de corzi a celei cerute de adult sau indicarea lor cu ajutorul unor instrumente specifice;

4. folosirea unor instrumente care emit sunete pe cinci note muzicale (pentatonice);

5. utilizarea în exerciții similare a harpei, pianului, orgii electronice, la cele cu claviatură, copilul trebuie să indice, cu ajutorul unor litere sau semne, o clapă anume;

6. interpretarea solistică la un instrument se dovedeşte a fi dificilă chiar şi pentru debil mintal, dar executarea acompaniamentului este accesibilă pentru cei cu debilitate mintala uşoară, având în față scheme grafice ale acordurilor sau învățând numele notelor şi urmărind degetul arătător al profesorului pe portativ;

7. exercițiile de învățare a chitarei sunt posibile atunci când se urmăreşte redarea unei singure note muzicale, schimbarea corzilor, corespunzătoare realizării acordurilor de chitară, este dificil de realizat în cazul handicapaților mintal.

C. Învățarea cântecelor începe cu exersarea silabelor, ca la vârsta de 6 luni, vocalizarea primitivă pe care Moog o definea ca pe un fel de bâlbâială muzicală:

1. prelungirea cântată a cuvântului final din propoziție;
2. cântarea a două cuvinte împreună;
3. cântarea unor strofe ritmate dintr-un cântec, de preferință de nivel de grădiniță şi accesibil vârstei mintale copilului;
4. cântarea altor cântece apropiate nivelului de dezvoltare mintală a copilului şi intereselor sale, selectându-le pe cele mai clare.

D. Contribuția muzicii la îmbunătățirea motricității voluntare este deosebit de importantă, mai cu seamă la retardații mintal unde, cu cât profunzimea handicapului este mai mare, deficitul de motricitate este mai mare. În această ultimă situație se poate afirma cu certitudine că, muzica exercită un rol terapeutic corespunzător, major.

Se poate conchide, pe o bază experimentală solidă, că retardații mintal trebuie, în permanență, să răspundă la muzică în vederea ameliorării psihomotricității lor, prin simple mişcări al membrelor corpului sau alergare.

Mişcarea pe fond muzical este bine să se desfăşoare în următoarele etape:

- ascultarea bătăilor într-o tobă, punerea în mişcare la zgomotul produs de aceasta şi oprirea la încetarea sa;
- executarea de mişcări pe ritmuri de tobă, acestea pot porni de la paşi mici şi pe măsura accelerării ritmului se poate trece la sărituri şi chiar alergări;
- desfăşurarea de mişcări pe anumite melodii, folosind modelul anterior;
- executarea de jocuride mişcare pe acompaniament muzical;
- executarea de dansuri simple cu mişcări ample;
- interpretarea unor dansuri în mod creativ, cu alegerea liberă a ritmului şi timpului de mişcare, cu intervenția minimă din partea profesorului.

Terapia prin dans a fost utilizată cu succes în cazurile când comunicarea era blocată sau limitată, la copii cu deficiență mintală severă sau la autişti. Se afirmă aceasta deoarece "dansul ameliorează în special imaginea corporală a subiecților, fiecare identificându-şi prin dans propriul ritm corporal, ca individ şi ca membru al grupului de apartenență" (S.Ionescu).

Evaluarea progreselor făcute de copil se poate face cu ajutorul unor scări de evaluare standardizate sau prin intermediul unor fişe în care se

notează stadiul dezvoltării deprinderilor copilului înainte şi după parcurgerea diferitelor categorii de exerciţii muzicale.

Din succinta trecere în revistă a procedeelor folosite în învăţarea muzicii la handicapaţii mintal, rezultă că, între activitatea de formare a deprinderilor muzicale şi meloterapie, diferenţele pot exista mai ales în plan teoretic, în plan practic-metodologic ele se întrepătrund.

Meloterapeuţii cu experienţă sunt de părere că, "grupul de terapie muzicală, prin puterea sa de a grupa toţi copiii într-o singură experienţă, pentru a uni eforturile lor într-o activitate comună, cu rezultate care tind spre egalizare, sfărâ izolarea şi, prin aceasta, multe dintre impedimentele patologice ale dezvoltării". (Staff of Rectory School – In Search of a curriculum).

În concluzie, afirmăm că, folosirea muzicii în muncă cu copilul handicapat mintal necesită cunoaşterea structurilor de activitate specifice diverselor domenii ale acesteia, indiferent dacă cel chemat să le aplice este educator, profesor sau terapeut.

ASPECTE ALE RELAȚIEI DINTRE MELOTERAPIE ŞI ACTUL EDUCAȚIONAL TERAPEUTIC

- considerații generale -

Din cadrul activitatilor de expresie fac parte si activitatile de artterapie care se refera la folosirea mijloacelor de expresie artistica in scopuri terapeutice.

Muzicoterapia se incadreaza in vasta arie a psihoterapiei prin arta. Valoarea terapeutica a muzicii rezulta din multiplele influente pe care le are asupra psihicului uman, datorita complexitatii fenomenului muzical.

Muzica declanşează procese afective dintre cele mai variate şi neaşteptate, de la emoția muzicală cu o gamă largă de manifestare – bucurie, trăire interioară, sentimentul armoniei, înălțare spirituală – până la descărcări explozive de exaltare colectivă.

Fiind cea mai complexă artă şi în acelaşi timp accesibilă tuturor oamenilor, muzica dispune de cel mai fin şi mai penetrant limbaj artistic – *sunetul muzical* - ca element sonor fundamental cu care opereaza.

Rezultantă a vibrației sonore periodice şi regulate, sunetul muzical dispune de patru însuşiri: înălțime, durată, intensitate şi timbru.

Durata sunetelor muzicale se exprima prinsunete de diferite lungimi.

Inaltimea se concretizeaza prin sunete de diferite inaltimi, variat reprezentate in

cadrul scarii muzicale Dol - Do2 - Do3.

Intensitatea este calitatea sunetului muzical de a fi mai tare sau mai slab, ca rezultat al unui volum de energie mai mare sau mai mic ce

insoteste vibratiile.

Timbrul se refera la calitatea care face sa se distinga un sunet dupa sursa care l-a pro dus. Astfel, sunetele bogate in armonice determina un timbru taios, patrunzator (oboiul), pe cand cele cu mai putine armonice au un timbru moale, dulce (flautul).

Organizarea si succesiunea acestor calitati ale sunetului muzical, cu sens expresiv, isi dovedesc eficienta prin sensibilizarea subiectilor, cat si prin crearea unei stari psihice pozitive ce permite realizarea unei relatii corespunzatoare de comunicare dintre educator si subiect.

Se cuvine precizarea ca muzica foloseste aeele sunete care sunt produse de vibratiile regulate si periodice ale corpurilor sonore a caror inaltime se poate preciza si identifica prin reproducerea ei cu vocea sau cu un instrument muzica1.

Spre deosebire de sunetele muzicale, *zgomotele* nu au precizate inaltimea, ele fiind produsul vibratiilor neregulate si neperiodice, caracterizate fiind numai de durata, inaltime si timbru.

Prin sunet, muzica are limbajul ei propriu, specific, concretizat prin ritm, armonie si melodie.

RITMUL în muzică se referă la succesiunea organizată a duratei sunetelor. Utilizarea sa judicioasă facilitează dezvoltarea facultăților psihice superioare ale ființei umane a valorilor sale estetice.

ARMONIA se referă la îmbinarea melodică a sunetelor şi se bazează pe tehnica acordurilor, specifică compoziției.

MELODIA, ca rezultat final al unei creații muzicale reprezintă *„o succesiune de sunete îmbinate după regulile ritmului şi ale modulației pentru a alcătui o unitate cu sens expresiv”*, exprimată într-o compoziție muzicală.

Limbajul muzical rezoneaza eu personalitatea umana – daca

admitem ca cele trei elemente ale naturii umane, viata psihologica., viata afectiva si viata mentala sunt reflectate in plan atitudinal prin ritm, melodie si armonie.

Astfel, viata psihologica implica dinamism si sensibilitate sonora, generand ritmul. Viata mentala cuprinde emotiile generate de sunetele muzicale, respectiv melodia. Viata mentala presupune constientizarea lumii sonore, in functie de capacitatea de discriminare perceptiva, reprezentand armonia.

In terapia educationala, limbajul muzical poate detennina crearea unei motivatii pozitive, facilitand o deschidere individuaIa sau colectiva catre comunicare si performante scolare.

MUZICOTERAPIA ŞI REEDUCAREA
- obiective generale educaţional-terapeutice -

De-a lungul timpului, specia1isti in domeniul muzicologiei, psihologiei, pedagogiei, sociologiei, au ajuns la conc1uzia ca arta muzicala are atat menirea de a imbogati si armoniza viata psihica cat si de a contribui la desavarsirea personalitatii prin antrenarea in trairile estetico-artistice si in actul educational a intregii fiinte umane.

Procesul de ducatie muzicala este un proces complex activitate continua, sistemica, unitara, inceputa in copilarie si continuata pe tot pareursul vietii. Asadar cu cat aceasta educatie se realizeaza mai de timpuri, cu atat se poate beneficia de multiple avantaje oferite de aceasta.

La copii interesul pentru muzica se manifesta pregnant prin receptare si redare, presupunand din partea educatorilor investirea unui efort pedagogic maxim, pe de o parte in dezvoltarea auzului muzical si a predispozitiilor native ale acestora, si pe de alta parte, in selectarea cu grija a unui repertoriu de cantece si jocuri muzicale atractive, interesante, antrenante.

Muzica reprezinta o sursa de energie, un resort al vointei, motive puternice de actiune sau inactiune, din efect al activitatii intelectuale devenind cauza a activitatii.

Asadar, ea nu este doar divertisment, cum este uneori apreciata superficial, sau nu numai o cale de sensibilizare, ci educa si dezvolta procese psiho-intelectuale, priceperi si deprinderi, gandire logica, atentie distributiva si concentrata, memorie, spirit de ordine si disciplina, punctualitate etc.

Esential, in cadrul actului educativ, este intelegerea functiei estetice a creatiei muzicale, pretuirea si asimilarea valorilor artistico-muzicale. In aceasta ordine de idei, muzica are sarcina de a satisface nevoia de frumos, resimtita constant la copii, ca o aspiratie nobila cu semnificatii deosebite, declansand trairi afective de durata, puternice, capabile sa le transforme constiinta cu privire la arta autentica.

MUZlCOTERAPIA ŞI TERAPIA COGNITIVA

Muzica special creeata pentru copii trebuie sa fie accesibila puterii lor de receptare, sa dea orientare superioara gandurilor si actiunilor, sa dec1anseze imagini cu valoare cognitiva, mergand pe calea activizarii si a transferului de idei din piesa muzicala in gandirea si in simtirea acestora. Tocmai de aceea cultivarea accesului copiilor catre frumos trebuie esalonat inca de la cea mai frageda varsta, prin prezentarea de creatii muzicale usor de inteles si de redat. Deprinderile muzicale ritmice, melodice, armonico-polifonice pot fi prezentate si consolidate gradat, constant, in functie de varsta si predispozitii native in asa fel incat sa se ajunga la intelegerea unor lucrari muzicale din ce in ce mai complexe.

Pe baza receptivitatii analizatorului auditiv, se dezvolta calitativ perceptiile si reprezentarile. Pornind de la acestea, toate celelalte procese psihice de cunoastere implica o evolutie favorabila cu atat mai mult cu cat vor fi antrenate in diverse activitati de ordin intelectual.

O terapie educationala adecvata si sistematica favorizeaza priceperea, recunoasterea si reproducerea cu usurinta a jocurilor muzieale-exercitii, a jocurilor muzicale proprju-zise, a cantecelor sau a cantecelor de joc.

In centrul preocuparilorde dezvoltare intelectua trebuie sa stea, gandirea, cea mai productiva dintre procesele psihice, deoarece prin intermediul ei, copilul trece de la explorarea senzoriala si motrica la interiorizarea perceptiei prin operatii logice, si in acest mod se poate realiza inte1egerea creatiei muzieale.

Gandirea logica a copiilor este strans legata de sensibilitate, perceptie, reprezentare si memorie.

Muzicoterapia are menirea de a realiza la copii performante ale gandirii, cum sunt: supletea, independenta, creativitatea. Prin cantec, ei isi formeaza capacitatea de a analiza si diferentia din ce in ce mai exact sunetele muzicale, structurile ritmico-melodice, participand activ si constient la interpretarea lui.

Totodata, gandirea se dezvolta in conditiile in care muzica ofera un cadru cat mai placut si atragator activitatilor desfasurate.

Mai mult ca orice stimul exterior, muzica trezeste si intretine pe o durata mai mare atentia copiilor, fie prin ritm sau linie melodica, fie prin armonie sau text, determinand emotii profunde, trairi interioare puternice sau create spontan.

Atentia concentrata poate fi mentinuta un timp mai indelungat si datorita educatorului, care urmareste motivatiile pozitive in vederea mentinerii interesului pentru etapa – momentul - din activitatea pe care o desfasoara cu copiii.

Atentia distributiva se dezvolta atunci cand educatorul solicita copiilor executia unor scari sugerate de text, concomitent cu intonarea liniei melodice sau folosirea urior instrumente de percutie pentru marcarea anumitor timpi accentuati/neaccentuati.

Memoria se dezvolta prin reflectarea experientei anterioare, prin fixare, pastrare, recunoasterea si reproducerea materialului sonor, a textului, a ideilor, a starilor afective sau a miscarilor asimilate.

Memoria involuntara se intalneste eu precadere la copiii cu predispozitii native; acestia dispun de o mai mare usurinta in fixarea si reproducerea cantecelor, ritmurilo si jocurilor.

Prin invatarea jocurilor muzicale–exercitiu, de exemplu, se pastreaza,

se recunosc si se reproduc deprinderi legate de timbru, tarie, durata si inaltime a sunetelor, iar prin jocurile muzicale propriu zise si cantece se contribuie la formarea si dezvoltarea memoriei logice.

Memoria muzicala se dezvolta si prin consolidarea deprinderilor de recunoastere a diferitelor jocuri si cantece din repertoriul invatat.

Percepitiile auditive, ca elemente ale muzicoterapiei, genereaza imagini variate legate de planul sonor, iar sunetele sunt transferate in plan imaginativ; de exemplu, ascultand anumite onomatopee sau „glasul instrumentelor", copiii le asociaza cu animalele, pasarile ori instrumentele care le produc.

Spre deosebire de perceptii, cand imaginile sonore se realizeaza in momentul executarii jocurilor muzicae respective, reprezentarile sonore reflecta imagini muzicale create in trecut. Prin urmare, reprezentarile sonore se realizeaza cu ajutorul memoriei muzicale, atunci cand se produc diferite imagini legate de particularitatile sunetului sau de textul cantecelor si jocurilor. Pe baza acestora se dezvolta imaginatia, si ulterior, la acei copii eu inclinatii deosebite, imaginatia creatoare.

MUZICOTERAPIA ŞI LIMBAJUL

Pe langa consideratiile facute in legatura cu evolutia proceselor psihice prin muzicoterapie, mentionate anterior, este necesar sa precizam ca aceasta se manifesta cu o pondere deosebita si in dezvoltarea limbajului, sub aspectul pronuntiei corecte a textului cantecelor, a activizarii si imbogatirii fondului lexical de cuvinte.

Redarea unui cantec invatat presupune atat executia exacta a liniei melodice, cat si pronuntarea corecta, pe silabe, a textului. Asadar, sunetele muzicale trebuie sa se suprapuna cu silabele din text. O sincronizare perfecta se obtine dupa ce educatorul realizeaza in prealabil seturi de exercitii esalonate pe etape, vizand:

- reglarea echilibrului dintre inspir si expir, tinand seama ca majoritatea copiilor, in special prescolarii, vorbesc in inspir. Educatorul are sarcina de a urmari atent consolidarea unei vorbiri in expir;

- dezvoltarea auzului fonetic si muzical, prin emisii de vocale si silabe prezentate in diferite combinatii sub forma de joc, pronuntate in expir. Acestea pot fi executate prin imbinarea armonioasa a sunetelor muzicale in sens ascendent/descendent, respectand treptele scarii muzicale;

- coordonarea dintre respiratie-pronuntie-miscare.

Este necesar sa precizam ca aceste etape trebuie realizate inainte de etapa de invatare a cantecelor.

Exercitiile de reglare a echilibrului dintre inspir - expir, cat si cele

de dezvoltare a auzului fonematic, pot imbraca diverse forme de exercitii-jocuri. Ele sunt foarte importante, intrucat sub aceasta forma se pot corecta anumite distorsionari, inlocuiri, inversari si omisii de sunete din cadrul silabelor/cuvintelor. Reluarea si diversificarea lor, conduce la automatizarea unei pronuntii corecte, clare a vocalelor, silabelor si ulterior, a cuvintelor.

Executate la inceput, ramane la aprecierea educatorului intinderea ca durata a acestora, ca moment pregatitor, inaintea inceperii activitatii ca atare.

De retinut ca pe langa aceste exercitii, se pot excuta gradat si alte exercitii muzicale, tip joc, cu elemente de dificultate mai mari, ce implica sincronizari vocale si motrice.

Cercetarile au evidentiat ca acei copii care au activat un timp mai indeungat intr-o formatie corala sau au evoluat ca solisti vocali sunt beneficiari ai unei dictii clare, a unei vorbiri nuantate si frazate corect, au figura mai expresiva.

In aceeasi ordline de idei, cei care canta mai mult isi formeaza auzul fonematic si muzical mai repede decat cei care canta mai putin, fapt ce ii ajuta sa sesizeze usor dupa auz elementele de ritm, rima, metru, de simetrie; discrimineaza mai usor consonanta si disonanta, despart corect in silabe si chiar scrierea lor este mai ortografica.

De asemenea, s-a constatat ca acesti copii au in vorbire o paleta mult mai bogata si mai nuantata, formata in urma abordarii unui repertoriu divers si bine interpretat, sunt mai sociabili si mai generosi ca urmare a muncii colecctive si a trairii de satisfactii co1ective pentru fiecare reusita din repetitie sau "concert", sunt mai afectuosi si mai dinamici.

MUZICOTERAPIA ŞI INTEGRAREA SOCIO-AFECTIVĂ

Educatia muzicala influenteaza si anumite aspecte legate de latura socio-comportamentala. Astfel, integrarea in co1ectivitate se realizeaza cu mai multa usurinta prin intermediul muzicii.

Practicarea muzicii in cor determina pe copii sa se asculte individual, dar si pe ceilalti, pot deprinde capacitatea de a asculta interpretari model ale educatorului sau ale altor copii, de a se autocontrola in vederea interpretarii la semnal si a sincronizarii eu corul.

Asadar, muzica contribuie la educarea spiritului de ordine si disciplina.

In timpul executarii cantecelor de joc, de exemplu; copiii-merg in ordine, unul dupa altul sau efectueaza anumite miscari sugerate de textul cantecelor, in perfecta sincronizare eu ritmul dat, asa incat, atenti fiind, disciplina se impune de la sine.

Sensibilitatea muzicala este o conditie a dezvoltarii formelor ulterioare, mai profunde si complexe ale sentimentelor estetice.

Ea este, de asemenea, o expresie a reactiilor directe afective, ceea ce prefigureaza viitoarea atitudine a copilului fata de membrii microgrupului social din care face parte.

In consecinta, muzica ofera acea stare emotionala care constituie specificul ei ca arta, iar functia ei estetica si socio-afectiva se bazeaza pe aceasta.

Prin forta ei de expresie, muziea declanseaza trairi pozitive durabile, entuziasmeaza, inspira, concurand la formarea si modelarea

personalitatii. Pe de alta parte, continutul educativ al textelor cantecelor imbogateste orizontul de cunoastere al copiilor, consolideaza, si sistematizeaza cunostintele despre natura, fenomene, msserii, societate etc.

Textele cantecelor cu linie melodic simpla pot fi sustinute prin miscari ritmice, batai din palme ori instrumente de percutie ce accentueaza o silaba, un sunet, o pauza.

Nu trebuie neglijate colindele si rugaciunile cantate, adevarate pilde morale de inaltare spirituala, ce pot determina pe copii sa devina mai buni, mai increzatori in fortele proprii. Cantecele de factura religioasa isi pun pecetea in formarea si dezvoltarea laturii volitionale si caracteriale, definind personalitatea.

Se stie ca cele mai atractive pentru copii sunt jocurile muzicale, ce1e ritmice, dansurile populare, deoarece prin practicarea lor se face apel la gestica, mimica, coregrafie, implicand predominant motricitatea adecvata tipului de activitate propus cat si o anumita colaborare ce permite facilitarea integrarii lor in sarcina si asimilarii de cunostinte.

Inevitabil, educatorul se implica in desfasurarea activitatii, prin motivatii pozitive, incurajand verbal un copil sau o echipa, fara sa neglijeze coordonarea de ansamblu. Aceasta atitudine de includere a educatorului printre participanti face, din start, ca activitatea sa aiba o nota de optimism, de incredere in reusita.

Dincolo de faptul ca provoaca o adevarata incantare pentru copii, muzica corespunde nevoii spontane de joc, miscare si relaxare, iar interventiile educatorului pretind o foarte buna pregatire profesionala, mult tact si cunoastere a particularitatilor fiecarui copil, astfel incat terapia educationala, desfasurata intr-un asemenea cadru, sa fie cat mai eficienta.

OBIECTIVE SPECIFICE ŞI PARTICULARE ALE MUZICOTERAPIEI

Muzica fiind cuprinsa in sistemul educational ca obiect de invatamant, are ca scop general educatia plurivalenta a copiilor, iar ca scop special educatia estetica, alaturi de celelalte activitati de expresie: expresia grafica si plastica; expresia corporala.

Terapia educationala pune accent pe respectarea acestor obiective ale educatiei estetice la prescolari si scolarii mici, si anume:

- copilul sa inteleaga si sa recepteze frumosul din mediul inconjurator, atat in armonia din natura si viata sociala, cat si in arte;
- sa fie capabil sa valorifice frumosul din natura si viata socialii in creatii proprii.

Obiectivele particulare ale muzicoterapiei impun:

- dezvoltarea capacitatii de diferentiere a timbrului sunetelor;
- identificarea si diferentierea unor surse sonore din mediul inconjurator;
- diferentierea zgomotelor produse in natura de cele produse de om;
- diferentierea zgomotelor de sunetele vocale sau instrumentale;
- diferentierea si recunoasterea glasului – cantat sau vorbit - al colegilor si al educatorului;
- identificarea unor instrumente muzicale.

Dezvoltarea auzului muzical si culturii vocale*:*

- ascultarea si reproducerea unor scurte fragmente ritmico-melodice din cantecele invatate;

- intuirea intensitatii contrastante (tare - incet) si a tempourilor contrastante (repede - rar), prin jocuri muzicale; - exemplu: "Mergi cum iti spun" – pe varfuri, pentru "incet", pe toata talpa pentru "tare"; "Mergi cum iti cant" - repede-rar;

- intonarea unor cantece cu respectarea cerintelor unei respiratii corecte, a emisiei vocale si dictiei corecte a textelor acestora; jocuri-exercitii si cantece invatate;

- diferentierea intensitatii sunetelor;

- recunoasterea si reproducerea sunetelor inalte-joase;

- diferentierea duratei sunetelor lungi-scurte; reproducerea lor;

- audierea si reproducerea selectiva a unor fragmente muzicale;

- aprecierea unei melodii, interpretarea proprie si a celorlalti;

- receptarea muzicii in mod afectiv si redarea trairilor adecvate;

- corelarea sunetelor simple/complexe cu anumite imagini din natura, sau create imaginativ; exemplu: asocierea ciripitului unei pasarii cu imaginea reala sau picturala a unei pasarii;

- alegerea/imaginarea unor secvente muzicale ce ar corespunde diferitelor stari afeetive si situatii; exemplu: „Ce melodie ar exprima veselia si tristetea, fosnetul padurii?"

Formarea si dezvoltarea abilitatilor ritmice:

- reproducerea unui ritm sau asocierea la un ritm dat cu batai din palme, brate, picioare, diferite obiecte sau instrumente muzicale;

- intuirea diferentelor de durata dintre sunetele muzicale (sunete

lungi-sunete scurte);

- intuirea/recunoasterea/reproducerea succesiunii timpilor accentuati;

- sesizarea/recunoasterea/reproducerea nuanteloy si a tempourilor;

- consolidarea deprinderilor de a acompania cantecele prin miscari sugerate de text ori de linia melodica;

- exprimarea prin miscari ritmice de dans a unor stari sufletesti, ori situatii;

- sesizarea/recunoasterea/reproducerea simultana si alternativa a timpilor accentuati/neaccentuati;

Formarea si dezvoltarea abiltatilor melodice:

- diferentierea intensitatii sunetelor;

- recunoasterea/reproducerea sunetelor inalte si joase;

- diferenfierea/reproducerea duratei sunetelor lungi si scurte;

- sesizarea/recunoasterea/reproducerea nuantei si tempoului unei melodii -

- discriminarea timbrului fiecarui instrument muzical;

- intonarea expresiva individual si sincronic in colectiv;

- exersarea deprinderilor de baza ale auditiei, intelegerii si interpretarii cantecelor.

Formarea si dezvoltarea deprinderilor de nuante si tempo*:*

- perceperea si reproducerea in interpretare a variatiilor de intensitate (tare-incet) si in tempo (rar-repede);

- inte1egerea si recunoasterea caracterului specific al diferitelor cantece si melodii - vesel, trist, duios – si integrarea interpretarii in caracterul specific al cantecului;

- constientizarea continutului cantecelor si interpretarea lor expresiva.

Formarea si dezvoltarea deprinderilor ritmico – melodice:

- asocierea unor miscari sugerate de textul unui cantec, al unui joc muzical, ori melodie instrumentala;
- reproducerea unor miscari ritmice de dans, care exprima situatii si emotii;
- recunosterea/reproducerea unor cantece pentru copii; din creatia muzicala populara si culta;
- executarea dupa model sau creativ a unor fragmente/melodii, vocal sau la un instrument muzical.

Pentru a asigura eficienta educatiei muzicale este necesar ca obiectivele mentionate sa fie adaptate si concretizate pe grupe de varsta si pe nivel intlectual.

Obiectivele particulare se pot grupa, in functie de varsta.
Astfel, la prescolari se va urmari:

- consolidarea deprinderilor elementare de cant, de a incepe cantecul la semnal si de a canta sincronizat, de a raspunde comenzilor date de educator;
- formarea deprinderii de a canta in grup cantece cu ambitus mai mare, ajungand pana la sexta, urmarindu-se omogenizarea si acordarea vocilor;
- formarea si dezvoltarea deprinderii de a deosebi si reda intensitatii contrastante ale sunetelor (tare-incet) in cadrul jocurilor si al cantecelor;

- consolidarea deprinderii de a percepe, recunoaste si deosebi timbrul sunetelor dupa sursa sonora care le produce (sunetul clopotelului al tobei, fluierului, trompetei; rezonanta unui pahar etc.).

- formarea deprinderii de a percepe, recunoaste si reproduce sursa si intensitatea sunetelor muzica1e, de a recunoaste unele cantece doar dupa ritmizarea unor fragmente ale acestora;

- formarea deprinderii de a executa miscari sugerate de textul sau melodia unor cantece, urmarindu-se coordonarea miscare-ritm-text;

- cultivarea interesului copiilor in pregatirea unor programe muzicale pentru sarbatorirea unor evenimente, cum ar fi Craciunul, aniversarea zilei de 8 Martie, 1 Iunie, serbari de sfarsit de an scolar etc;

- familiarizarea copiilor, prin intermediul auditiei, cu creatiile muzicale romanesti culte si popu1are, educarea interesului si a sentimentului de dragoste pentru aceste valori;

Obiectivele urmarite la scolari se vor diversifica, avand in vedere evolutia proceselor psihice. Astfel, se va urmari:

- dezvoltarea atentieei si a memoriei auditive, a receptivitatii si sensibilitatii muzicale;

- formarea si dezvoltarea deprinderii de a asculta cantece cu un continut mai complex si mai variat, de a asculta piese muzicale vocale sau instrumentale, inregistrari magnetice pe discuri, casete, radio si tv;

- formarea deprinderii de a interpreta corect, expresiv, in colectiv sau individual cantece eu ambitus ce poate ajunge pana la octave;

- dezvoltarea deprinderii de a pronunta clar, corect si expresiv textul cantecelor;

- consolidarea deprinderilor de recunostere si reedare a unor cantece la cerere;

- consolidarea deprinderilor ritmice si melodice;

- consolidarea deprinderii de a executa corect miscari sugerate de textele cantecelor si jocurilor muzicale urmarind sincronizarea cu alti copii;

- stimularea creativitatii si cultivarea interesului pentru manifestarile artistico-muzicale;

- stimularea copiilor cu aptitudinii deosebite, prin orientarea acestora catre institutii1e de profil.

Realizarea acestor obiective depinde de personalitatea educatorului si de particularitatile grupului de copii.

Rolul educatorului este sa selectioneze continuturile ce urmeaza a fi predate pentru atingerea obiectivelor urmarite, cat si aplicarea adecvata a strategiilor care sa cbnduca la inielegerea si asimilarea acestor continuturi.

Pentru a sti in ce stadiu al interventiei eductional-terapeutice se afla copiii, educatorul va efectua evaluarile necesare. In functie de aceste evaluari se vor proiecta viitoarele activitati, avand la baza obiective clare, precise, ce conduc la realizarea scopului predarii muzicii, scop ce consta in dezvoltarea simtului estetic al tuturor copiilor, indiferent de aptitudinile lor muzicale, mai mult sau mai putin evoluate.

FORME DE ORGANIZARE A ACTIVITĂȚILOR EDUCAȚIONAL-TERAPEUTICE DE TIP MUZICAL

Terapia educationala realizata prin muzica apeleaza la urmatoarele tipuri si forme de organizare si desfasurare a activitatilor muzicale:

1. cantecul;
2. jocurile muzicale;
3. iocurile muzicale-exercitiu;
4. jocurile cu text si cantec;
5. auditiile muzicale.

1. Cantecul are impactul cel mai puternic asupra dezvoltarii psihicului copilului. Este scop si mijloc in terapia educationala, intrucat prin el se concretizeaza majoritatea obiectivelor muzicoterapiei. Datorita acesibilitatii lui si a continutului sau variats se dezvolta vocea, auzul muzical, se formeaza deprinderea de a canta individual sau in grup, se dezvolta dragostea fata de muzica si activitate, fata de parinti (de exemplu, *Acasa* - muzica de J. Lupu, Fl*ori pentru mama*- muzica deTemistocle Popa), fata de natura *(Primavara a sosit* - muzica de N. Oancea; *Ploaia* - muzica de C. Meres; *Ninge, ninge* - muzica de V.,Voieulescu) fata de patrie *(Mi-e draga Romania* - muzica de P.Tiperdei)

Pentru a fi frumos interpretate de copii, cantecele selectionate trebuie sa fie de certa valoare artistica, sa aiba functie cognitiva, estetica si moral-educativa, asa dupa cum arata exemplificarile de mai sus. Selectionarea va respecta principiul accesibilitatii astfel incat la inceput se vor folosi linii melodice scurte cu ambitus mic, ritm simplu, curgator,

cuvinte usor de pronuntat cu continut lesne de asimilat (exemplu: *Iepurasii* pe versuri de G.Cosbuc, sau *Melcul suparat,* prelucrare de G. Breazul, ambele preluate din folclorul copiilor). Treptat se va mari ambitusul, de la cvinta la sexta si, progrsesiv pana la octava, intre Do1 – Do2 (exemplu: *Vioara* din folclorul copiilor, *Leaganulj* - muzica L. Petrescu).

Cantecele trebuie sa fie bine realizate artistic, in asa fel iccat sa genereze trairi estetice puternice si durabile. In acest context educatorul va alege pentru copiii mici cantece cu tempo mai lent, moderat, cu texte simple, referitoare la activitatea pe care acestia o desfasoara in imediata lor apropiere (exemplus *Gantec de leagan pentru papusi* - dupa I.Potolea, ce reda caracterul canteculuі de leagan, printr-o melodie duioasa, calda, lenta). La copiii de varsta mare, Continutul cantecelor se diversifica, melodiile devin mai ritmate, cu alternari de ritm lent-alert, in cadrul aceleiasi piese (exemplu: *Romanasul* - muzica D.G.Kiriac).

Simtul ritmic se desvolta in mod gradat, incat sa se poata distinge varietatea ritmica a diferitelor cantece.

Cunoscand placerea si necesitatea de miscare a copiilor, este necesara repetarea unor cantece insotite de miscari corespunzatoare continutului din text, ritmizari prin batai din palme, ciocanit eu degetul in masuta, sticle, prin mers ritmic s.a. In acest mod, cantecele se transforma in joc si mentin interesul pentru activitate.

2. Jocul muzical este folosit cu precadere la copiii de varsta mica pentru dezvoltarea simtului ritmic.

Prin structura lui, jocul muzical se aseamana in mare masura cu jocul didactic, intrucat, la fel ca si acesta, are sarcini precise, regu1i de desfasurare si elemente specifice jocului: miscare, intrecere, surpriza.

Dupa insasi denumirea lui, jocul muzical constituie o imbinare armonioasa a jocului cu muzica, raspunzand perfect atat interesului copiilor pentru muzica cat si nevoii lor de miscare, de activitate.

In functie de sarcinile, elementele de joc si regulile de desfasurare, jocurile muzicale se c1asifica astfel:

a) jocuri muzicale ce se desfasoara dupa versuri si constau in ritmarea versurilor prin batai din palme, marcarea ritmului cu ajutorul instrumentelor de percutie sau asociat cu batai din palme. Datorita specificului lor, ele pot fi denumite jocuri ritmice, deoarece contribuie intr-o foarte mare masura la dezvoltarea simtului ritmic al copiilor. Astfel, prin exercitii ritmice repetate se formeaza si se consolideaza mai ales la copiii mici, deprinderile de joc bazate pe recitative, mai intai cu durata de patrimi.

Exemptu: *Ceasul*

Cea-sul ma-re, ba-te ta-re:

Tic-tac, tic-tac, tic-tac, tic-tac.

Copiii vor bate la inceput din palme, apoi vor merge in ritmul duratei de patrimi. Dupa consolidarea acestui ritm, vor fi invatati sa faca un pas pentru fiecare silaba recitata, in ritm uniform, pe durata de optimi.

Exemplu: *Iepurasul*

Ie-pu-ra-sul fu-ge, fu-ge

Si co-po-iul nu-l a-jun-ge.

In succesiunea diversificarii acestui tip de activitate, urmeaza jocuri ritmice cu durate combinate, patrime-optime, asociate cu batai din palme sau folosirea unui instrument de percutie asociat cu miscarea corporala.

O alta etapa o reprezinta combinarea miscarilor ritmice mana-

picior, cu doua sunete de inaltimi diferite din scara muzicala.

b) Jocuri muzicale ce se desfasoara dupa o melodie cunoscuta. Ele constau in executarea unor miscari dupa muzica, in functie de caracterul acesteia. Aplicarea lor se face diferentiat, pe varste. Astfel, la copiii mici, sarcina este foarte simpla: li se cere sa mearga dupa o melodie, in directia indicata de educator. Exemplu: *Zburati ca pasarelele* - *Pasarelele se duc sa manance* (copiii executa miscari cu bratele, imitand zborul pasarelelor, apoi se indreapta spre un colt al clasei).

La copiii de varsta mai mare se pot realiza activitati educational-terapeutice care cuprind diferite miscari executate dupa caracterul cantecelor; de exemplu: *Albina si florile* versuri si muzica de C. Graur, ce permite si combinarea unor pasi de dans (pas simplu, pas lateral, pas schimbat), in raport cu melodia ascultata.

Se pot realiza asemenea jocuri in care li se cere copiilor sa improvizeze miscari dupa muzica.

c) Jocuri de recunoastere. Ele presupun respectarea unor reguli dinainte stabilite si constau in identificarea unor cantece sau a unui fragment dintr-un cantec invatat anterior.

d) Jocuri muzicale ce se desfasoara potrivit sarcinii sau comenzii primite. Constau in executarea unor micari dupa muzica, conform sarcinii sau comenzii date de educator, fie ca acesta cere copiilor sa recunoasca o melodie sau fragment dintr-o piesa muzicala, fie sa execute corect si expresiv comanda. Aceste reguli impun grade de dificultate mai mari sau mai mici, in functie de varsta copiilor cu care se lucreaza.

Prin toate tipurile de jocuri enumerate mai sus se urmareste dezvoltarea simtului ritmico-melodic, cat si deprinderile de interpretare. Copiii executa melodii in tempouri diferite, invata sa diferentieze intensitatea sunetelui, inaltimea lor, pornind de la perceperea celor cu intervale mai mari intre ele, ajungandu-se treptat, la sesizarea diferentelor mici de inaltime. Pe de alta parte, jocurile insotite de miscari pot sugera inaltimea sunetelor (ridicarea brate1or la sunetele inalte, coborarea lor pentru sunetele joase).

3 Jocurile muzicale exercitiu

Alt tip de activitate terapeutica de tipuzica este reprezentat de jocurile muzicale exercitiu, care au scopul de a forma deprinderile elementare de percepere, recunoastere si redare a calitatilor sunetului muzical.

Jocurile muzicale-exercitiu au rol pregatitor si se desfasoara la inceputul activitatii. In acest caz el inlocuieste exercitiul muzical pregatitor si consta in formarea cppiilor din punct de vedere tehnic-vocal, prin emisia de sunete muzicale, de durata si inaltimi diferite, vocea capatand flexibilitate.

Acest tip de activitate include exrercitit de reglare a echilibrului inspir-expir, emisii exacte in expir a unor sunete ce respecta treptele muzicale, precum si pronuntarea corecta a silabelor din text.

Exercitiile care au drept scop pregatirea copiilor pentru invatarea unui cantec se bazeaza pe unele fragmente cu grad mai mare de dificultate, din punct de vedere al intonatiei, ritmului sau al textului. Aceste pasaje se extrag si sunt exersate la inceputul activitatii de predare.

Referitor la jocurile muzicale exercitiu si la exercitiul muzical, trebuie mentionata necesitatea organizarii lor gradate si sistematice si

insotirea lor de procedeele cele mai variate si mai placute.

4. Jocurile cu text si cantec

Acest tip de activitate educational terapeutica imbina intr-o structura unitara atat melodia cu textul, cat si miscarea corespunzatoare continutului literar. Acesta din urma fiind ubordonat in exclusivitate textului. Imaginile poetice ale cantecelor sunt transpuse in joc prin diferite miscari specifice, potrivite cu posibilitatile copiilor.

Culegerile cu cantece pentru copii ofera o varietate mare de jocuri cu text si cantec ce corespund nevoii de diversificare a continutului literar.

Interesante sunt jocurile in care miscarile se realizeaza simultan de toti copiii, acelea desfasurate in grupuri mici sau in roluri interpretate individual.

5. Auditia muzicala

Constituie un alt tip de activitate educational-terapeutica, specifica muzicoterapiei. Ea contribuie pe de o parte la formarea gustului artistic, al interesului pentru muzica, iar pe de alta parte, la formarea si intarirea capacitatii de concentrare auditiva.

Prin intermediul auditiilor muzicale, copiii sunt deprinsi sa asculte piese muzicale, sa le urmareasca cu atentie pentru a le intelege si simti continutul si frumusetea, dar mai ales sunt familiarizati cu „atmosfera muzicala".

Evident, copiii asculta muzica acasa, la radio, televizor, casete, discuri, dar o fac mai mult sau mai putin interesati, deci raman sau nu cu anumite impresii artistice legate de piesele muzicale audiate. Realizata in cadrul organitat al institutiilor de invatamant, auditia muzicala ii

familiarizeaza pe copii eu continutul sonor si literar a1 piese1or muzicale precum si cu explicatii referitoare la compozitor, perioada in care a compus piesa audiata s.a.

Asemenea climat favorabil creeaza un impact benefic asupra psihicului copiilor.

Copiii audiaza cu mare interes si atentie cantecele interpretate de educator, mai ales daca acesta foloseste in concordanta cu continutul textului literar o mimica si gestica adecvate.

Auditiile bine alese si organizate de educator ii ajuta pe copii sa-si apropie si sa-si insuseasca mijloacele de expresie muzicala, iar acestea contribuie la imbogatirea impresiilor artistice, ii deprind cu ascultarea si interpretarea constienta a pieselor muzicale.

STRATEGII EDUCATIONAL-TERAPEUTICE ÎN MUZICOTERAPIE

Metodele si tehnicile educational-terapeutice se afirma ca elemente de optimizare a activitatii instructiv-educative prin functiile pe care le indeplinesc:

- deschid caile de acces catre cunoastere;

- contribuie la sporirea eficientei formative a continutului invatamantutui prin antrenarea activa a copiilor in procesul instruirii.

Acestea pun la dispozitia educatorului o gama variata de modalitati de lucru pentru fixarea diferentiata si gradata a proceselor psihice ale copiilor.

Reusita instruirii si educarii depinde de masura in care se utilizeaza metodele si tehnicile educational-terapeutice cele mai adecvate continuturilor propuse.

Alegerea si aplicarea metodelor si procedeelor de lucru au in vedere specificul disciplinei predate, raportate la particularitatile de varsta, nivelul de dezvoltare psihica si experienta achizitionata.

Metodele si procedeele se prefigureaza si se verifica prin practicarea lor la fiecare obiect de invatamant, impunandu-se valorificarea lor sub aspect terapeutic.

In cadrul activitatilor educational-terapeutice de tip muzical, metodele de baza sunt: demonstratia, exercitiul, povestirea, conversatia, explicatia. Acestea se „modeleaza" dupa nivelul de dezvoltare mentala, capacitatea de invatare si adaptare sociala, precum si dupa experienta personala in domeniul muzicii.

Metoda demonstratiei

Consta in determinarea copiilor de a percepe nemijlocit muzica sub toate aspectele sale. Valoarea acestui tip de strategie decurge din fapful ca este prin excelenta axat pe latura intuitiva. Demonstrand, educatorul va face apel la intuitia auditiva, intuitia vizuala si intuitia motrica, combinandu-le, dupa caz.

Intuitia auditiva se realizeaza prin ascultarea cu atentie a cantecului ce urmeaza a fi invatat, cu toate problemele de ordin muzical ce le ridica.

In muzica, intuitia auditiva corespunde primei etape de cunoastere. Numai dupa ce ne-am asigurat ca aceasta a fost realizata, putem trece la urmatoarele.

Intuitia vizuala pentru o mai buna intelegere a continutului textului unui cantec, demonstrarea va fi insotita de materiale auxiliare: ilustratii, jucarii, machete, secvente din film, iar cand este posibil, se prezinta anumite fenomene ale naturii.

Intuitia motrica folosita in demonstrare se realizeaza prin executia unor miscari, legate de problemele muzicale implicate in cantecul ce trebuie invatat. Acestea se refera mai mult la ritm decat la linia melodica. Valorile de durata si formele de ritm se asimileaza mai repede cand sunt insotite si motric nu numai auditiv.

Intuitia motrica are o importanta deosebita la copii, deoarece este strans legata de specificul vietii lor, plina de miscare. In acest context, educatorul poate combina sunetele audiate, cu gesturile executate de el, solicitand redarea lor exacta.

Demonstratia este utilizata in mod continuu, atat in activtatile de predare, cat si in cele de fixare si necesita executarea modelului de interpretare al educatorului. Interpretarea etalon contribuie la ghidarea

pentru o insusire cat mai exacta a continutului de idei si a melodiei in tempoul impus. Tocmai de aceea executarea modelului trebuie sa fie absolut corecta, completa si expresiva, impunand educatrului o foarte buna pregatire muzcala, precum si calitati vocale.

Educatorul va demonstra in permanenta modul corect de interpretare, va canta alaturi de copii ca etalon, va demonstra cum sa deschida gura corect, cum se pronunta exact cuvintele pe silabe, respectand linia melodica.

Utilizarea demonstratiei in activitatea educational-terapeutica de tip muzical are o importanta deosebita, intrucat de aceasta depinde formarea capacitatii de percepere si intelegere a elementelor de intensitate, inaltime, durata, pauze, ritm, armonie, polifonie.

Metoda explicatiei

Se refera la expunerea concisa si clara a materialului sonor. Este cel mai adesea insotita de demonstratii si exercitiu.

Explicatia se aplica dozat si include pe de o parte, continutul ideatic al cantecelor, si pe de alta parte, la respiratie, emisie, dictie, nuante, sincronizari vocale si ritmice. Tipurile de exercitii practicate in educatia muzicala implica exercitii de reglare a respiratiei si de exersare a vocii. Odata cu consolidare deprinderii de a respira corect, se impune omogenizarea vocilor si emisia corecta a sunetelor muzicale, concomitent cu emisia corecta a silabelor.

Exercitiile de muzica se clasifica in:

- exercitii ritmice;
- exercitii melodice;
- exercitii de memorie muzicala.

Exercitiile ritmice contribuie la formarea deprinderilor ritmice, pentru a sublinia pauze, durata sunetelor, timpii accentuati si neaccentuati. In acest scop se pot folosi diferite instrumente muzicale de percutie: tobe mici, triangluri, tamburine, castaniete; iar in lipsa lor, ritmul se poate marca prin pocnit din degete, mers in pas de mars, batut din palme sau din picior.

Exercitiile melodice presupun executia unei linii melodice simple, ce cuprinde elemente de intensitate, durata, inaltime, timbru, combinate in sens ascendent si descendent pe scara muzicala.

Exercitiile de memorie muzicala reprezinta o alta categorie de exercitii, ce constau in reproducerea dupa auz a unor fragmente melodico-ritmice, fie improvizate de educator, fie incluse ca fragmente dintr-un cantec.

Pentru a-si atinge scopul urmarit, aceste tipuri de exercitii trebuie sa fie organizate succesiv, logic, pornind de la simplu la complex, utilizand procedee cat mai variate si atractive, educatorul avand sarcina de a le pregati si aplica cu grija si tact, asigurandu-le o desfasurare sub forma de joc cat mai viu, motivat pozitiv.

Povestirea

Este o metoda destul de rar intalnita in activitatea de muzicoterapie, dat fiind specificul ei de expunere verbala asupra unui continut de idei (ori, in muzica, acesta este exprimat prin limbajul sunetelor muzicale).

Aceasta metoda se foloseste mai mult in activitatile de predare a cantecelor, ca stimul, precum si in activitatile de auditie muzicala.

Aceasta metoda se armonizeaza cu celelalte, in functie de momentul ales de educator pentru consolidare.

Conversatia

Consta in dialogul purtat intre educator si copii si se poate realiza in toate tipurile de activitati educational-terapeutice de factura muzicala.

Intrebarile formulate de educator trebuie sa tina seama de gradul de percepere muzicala, de intelegerea continutului ideatic si de ponderea interesului pentru aceasta activitate, in asa fel incat sa nu fie stanjenitoare pentru copii.

Prin intrebari, ca si prin raspunsuri, educatorul stabileste nivelul general de dezvoltare muzicala, la nivel individual sau de grup si in acelasi timp poate sa stimuleze interesul, curiozitatea si dorinta copiilor de a invata cantece, jocuri muzicale sau de a audia anumite piese muzicale.

Problematizarea

Este metoda prin care educatorul ii implica verbal pe copii in situatii necunoscute, situatii ce sunt adesea in dezacord cu experienta acestora.

In activitatile educational-terapeutice de tip muzical, problematizarea se coneretizeaza prin gasirea nuantei sau a tempoului potrivit unui cantec, joc cu cant, sau joc muzical.

Orice metoda poate genera pasivitate sau activizarea interesu1ui copiilor. Este de la sine inteles ca educatorul trebuie sa aleaga acele metode si procedee mobilizatoare ce determina participarea constienta la activitatile muzicale.

Peutru ca invatarea sa devina constienta si activa, noutatea trebuie mai intai inteleasa, apoi fixata in memorie, ceea ce presupune un efort de vointa. Copiii trebuie sa stie de ce si pentru ce invata, sa stie subiectul

temei, mesajul moral al piesei muzicale, dar si ca trebuie sa fie atenti pentru a asimila si reda exact ce li se cere.

Insusirea constienta si activa se oglindeste in activitatea interpretativa, in redarea gesturilor si a mimicii, in executia nuantata a tempoului si continutului afectiv al melodiei; atunci se poate spune ca s-a insusit intr-adevar materialul muzical propus. La acest stadiu se ajunge numai printr-o educatie muzicala sistematica, centrata pe imbinarea metodelor si a procedeelor ce se includ in diferitele tipuri de activitati educational-terapeutice.

BIBLIOGRAFIE

1. BRÎNZEI P. - *Itinerar psihiatric*. Edit. Junimea, 1979
2. DAVIDO R. – *Descoperiti-va copilul prin desene*, Edit Image, 1998
3. ENĂCHESCU C. - *Elemente de psihologie proiectiva*, Edit. Stiintifica, Bucuresti, 1973
4. ENĂCHESCU C. - *Igiena mintala si recuperarea bolnavilor psihici*, Edit. Medicala, Bucuresti, 1979
5. HEYER S. - *Le processus de I'ergotherapie*, Edition E.E.S.P., Lausanne, 1990
6. KRAMER E. - *Childhood and art therapy*, Schooken Books, 1978, USA.
7. MIHĂILĂ I. - *Bazele stiintifice si aplicatiile ergoterapiei*, Edit. Medicala, Bucuresti, 1982.
8. PARKER L. SCOTT - *Improving occupational programs for the handicapped,* U.S. dapartment of health education and welfare office of education, 1985
9. PAUNIER S. - *Ergotherapie-definition, position du probleme, Readaptation*, nr. 36, Paris, 1967
10. PĂRUŞ N., HARAPCIUC TH. - *Rolul ergoterapiei in asistenta bolnavilor psihici cu evolutie prelungita*, Comunicare la Sesiunea Stiintifica ,,Relatiile interdisciplinare ale psihiatriei". Iasi, 1975
11. PĂUNESCU C., MUŞU I. - Recuperarea *medico-pedagogica a copilului handicapat mintal*, Edit. Medicala, Bucuresti, 1990
12. PĂUNESCU C. - Terapia *educationala a persoanelor cu disfunctii intelective*, Edit.ALL, 1999
13. POPESCU AL. - *Ergoterapia, organizare, fmantare, desfasurare*,

Edit. Medicala, Bucuresti, 1975

14. POPESCU AL. - *Terapia ocupationala si ergoterapia*, Edit.Medicala, Bucuresti, 1986
15. POPOVICI D.V., NICULCEA D. - *Terapia educationala integrata*, cap. Meloterapia, Edit. PRO-HUMANITATE, 1997
16. PREDA V. – *Terapii prin mediere artistica*
17. RADU D.I. - *Educatia psihomotorie a deficientilor mintal (Indrumar metodic)*, Edit. PRO-HUMANITATE, Bucuresti, 2000
18. WILCOOK A. - *Occupational Therapy Approaches to Stroke*, Churchill Livingstone, Melbourne, London, New York, 1986
19. WILLIAMS G.H., WOOD M. - *Developmental Art Therapy*, Baltimore University Park Press, 1977

MODEL DE CURRICULUM DE TERAPIE OCUPAȚIONALĂ PENTRU COPIII CU HANDICAP MINTAL PROFUND SAU POLIHANDICAP

Curriculum-ul pentru copiii cu handicapuri profunde şi polihandicapuri include orice activitate în orice situație virtuală în care copilul poate fi plasat. Curriculum-ul a fost definit de către Consiliul Şcolilor 1981 din SUA ca fiind „totalitatea experiențelor pe care copilul le primeşte în şcoală şi bagajul de abilități cu care fiecare copil părăseşte şcoala" (Snell.E.M, 1983)

Sunt incluse atât ariile specifice ale curriculum-ului şi activitățile programate care au loc în clasă, cât şi curriculum-ul ascuns: adică toate acele activități care sunt o parte aleatorie a oricărei forme de activitate realizate de copii care conduce către un feed-back, adesea inconştient sau neplanificat, din partea colegilor şi a adulților. O mare parte din conținutul curriculum-ului ascuns trebuie definit conştient şi trebuie să formeze o parte a curriculum-ului de bază din şcolile speciale.

Morgenstern 1981 subliniază faptul că fragmentarea experienței şi învățării este un obstacol major în calea progresului. Aceasta se întâmplă mai ales atunci când experiențele copiilor nu sunt privite ca o secvență continuă de evenimente aflate în conexiune. (Snell E.M. 1983).

Planificarea curriculum-ului. (Snell E.M. 1983)

În cadrul obiectivelor educației se afirmă că este necesar să se determine mai întâi obiectivele globale pentru grupul respectiv ca un întreg înainte de a se organiza o planificare coerentă a curriculum-ului. În primul rând aceste obiective trebuie să considere copiii ca fiind membri ai societății, luând în considerație caracteristicile dezirabile pentru

dezvoltarea lor cât şi cele inacceptabile. În al doilea rând, obiectivele trebuie să considere copiii drept fiinţe umane şi să caute să promoveze pentru fiecare un cât mai mare grad de autonomie şi independenţă personală.

Curriculum-ul va implica deci două abordări: programe de învăţare specifică şi asigurarea unor experimente generale într-un context mai larg.

Programele de învăţare individuală vor fi organizate astfel incât să ajute copiii să achiziţioneze deprinderi adecvate capacităţilor lor individuale şi relevante pentru modurile lor de viaţă prezente şi viitoare, să elimine sau să reducă comportamentele care creează obstacole în calea învăţării sau sunt social inacceptabile, şi să minimalizeze eşecurile sau problemele rezultate din dizabilităţile lor. Aceste programe trebuie structurate cu atenţie, şi să se desfăşoare în situaţii de interacţiune de la unul sau grupuri mici. Activităţile pot avea loc şi în grupuri mici. Activităţile pot avea loc şi în grupuri mai mari, pentru a furniza oportunităţi de lucru pentru îndeplinirea obiectivelor specifice din programul individual al copiilor.

Experienţele generale vor fi planificate pentru a compensa restricţiile impuse de deficienţele copiilor, pentru a ajuta recunoaşterea şi întelegerea mediului înconjurător şi a diverselor situaţii cu care se întâlnesc, şi pentru a oferi posibilităţi de a transfera învăţarea la activităţi cotidiene obişnuite. Aceste experienţe vor fi mai puţin structurate, dar vor fi planificate pentru a face parte din curriculum. (Craty, Model de Curriculum)

Craty ’79 a propus un model de curriculum ce conține patru domenii:

- cognitiv
- motor
- perceptual
- verbal

Modelul unui curriculum pentru deficienții severi conține câteva arii esențiale: dezvoltare fizică, dezvoltare personală / socială, dezvoltare intelectuală, dezvoltare perceptuală. Zonele specifice implicate sunt: mişcare, independență, comunicare, deprinderi cognitive, conştiință senzorială, zona perceptual-motorie. Modelul va trebui să fie flexibil, şi va fi influențat de factori cum ar fi condițiile materiale ale şcolii, organizarea şcolii pe ansamblu, resursele disponibile – facilități, echipamente, personal. (Snell E.M. 1983)

Zonele de dezvoltare – în curriculum-ul de terapie ocupațională (Snell E.M. 1983)

Se iau în considerare în primul rând cele patru arii majore de dezvoltare.

1. **Dezvoltare fizică**

Prin mişcare răspunsul copilului la mediu devine deschis şi este făcut accesibil altora. Chiar copiii care nu prezintă anormalități fizice evidente pot avea o gamă foarte restrânsă şi stereoripă de mişcări spontane care le limitează capacitatea de a interacționa şi de a învăța din mediul înconjurător.

Obiectivele generale se bazează pe trei aspecte – reabilitare, compensare şi funcţionale.

A) Obiectivele reabilitării sunt:

- prevenirea dezvoltării unor modele anormae de mişcare şi contracararea disfuncţiilor rezultate din tulburările mişcării copiiilor;
- promovarea unor modele normale de dezvoltare fizică, care să-I abiliteze pe copii să participe la activităţi ce solicită mişcări voluntare.

B) Obiectivele compensatorii sunt:

- furnizarea unor experienţe de mişcare, active sau pasive, care nu le sunt accesibile copiilor în mod natural, pentru a încuraja plăcerea activităţii fizice şi a dezvolta încrederea în mişcare;
- stimularea percepţiei mişcărilor şi a conştiinţei postrurale;
- dezvoltarea conştiinţei de sine şi construirea unei imagini corporale realiste şi a reprezentării spaţiului personal.

C) Obiectivele funcţionale sunt:

- dezvoltarea mişcărilor active, orientate către un scop, care cresc capacitatea copiilor de a controla şi modela propriile activităţi;
- creşterea diferenţierii mişcărilor fine şi îmbunătăţirea deprinderilor de manipulare;
- dezvoltarea mobilităţii şi deprinderilor locomotorii.

Progresul către îndeplinirea acestor obiective va permite copiilor să participe la activităţile din ariile curriculum-ului, reducând în acelaşi timp

riscul fragmentării experienţelor şi permiţându-le să exercite un anumit grad de control asupra propriului mediu şi experienţelor personale.

2. **Dezvoltare perceptuală**

Dezvoltarea perceptuală implică toate simţurile: văz, auz, tact, gust, miros şi propriocepţie. Pentru copiii cu handicapuri mintale profunde se foloseşte adesea termenul de substimulaţi datorită nivelului lor scăzut de activitatea sponatana. Stimularea nu înseamnă însă expunerea copiilor la un caleidoscop de evenimente fără legătură între ele (deoarece aceasta poate contribui la confuia deja existentă, fie pentru că impulsul este distorsionat, fie pentru că nu pot selecta sau extrage semnificaţie din informaţie). Se poate ajunge la o creştere a comportamentului dezorganizat, sau la retragere în sine, ca o încercare de a reduce anxietatea şi confuzia care îi caracterizează. În planificarea obiectivelor globale trebuie avute în vedere numeroase aspecte. În primul rând, copiii trebuie încurajaţi să-şi folosească toate simţurile, inclusiv cele deficitare, pentru a-şi îmbunătăţi eficienţa în achiziţionarea informaţiei din mediu. În al doilea rând, ei trebuie încurajaţi să-şi compenseze deficitul într-o arie de dezvoltare prin creşterea gamei şi sensibilităţii percepţiei în alte arii, şi prin integrarea informaţiei senzoriale obţinute. Acest lucru se realizează prin dezvoltarea compensării de supleanţă.

- Obiectivul genereal constă în dezvoltarea abilităţilor perceptuale ale copiilor în cea mai mare măsură posibilă, astfel încât să poată utiliza la maxim cantitatea de informaţie obţinută din mediu
- Obiective adiţionale se referă la:
  - promovarea conştiinţei de sine a copiilor în relaţie cu mediul lor;

- stimularea concentrării către sursa de stimulare şi antrenarea copiilor pentru a deveni mai selectivi în acordarea atenției pentru a facilita dezvoltarea discriminării;
- creşterea sensibilității copiilor, prin îmbunatățirea abilității de discriminare a stimulilor prin utilizarea unui criteriu unic;
- dezvoltarea reprezentărilor diverselor proprietăți ale diferitelor stimuli astfel încât copiii să-şi poată forma concepte legate de văz, auz, tact, gust, miros, mişcare.

În planificarea curriculum-ului se va acorda importanță prioritară auzului şi văzului pentru rolul lor în facilitarea învățării în alte arii ale curriculum-ului.

3. **Dezvoltarea intelectuală**

Dezvoltarea intelectuală este un produs al experiențelor şi proceselor cognitive ale copilului pe care acesta le utilizează pentru a extrapola semnificația acelor experiențe şi pentru a înțelege mediul. Copiii cu handicapuri profunde sunt deficitari în ambele aspecte. Natura deficienței lor le restrânge accesul la multe situații care furnizează experiențe zilnice pentru alți copii. Ei au mai puține strategii de explorare a mediului şi sunt privați de oportunitățile de cunoaştere a calităților mediului înconjurător. Acestea îi împiedică să aprecieze semnificația evenimentelor şi să-şi construiască un model realist al lumii.

Obiectivele globale sunt: compensarea restricției şi fragmentării experienței acestor copii, şi încurajarea dezvoltării proceselor cognitive care îi vor abilita să-şi integreze experiențele şi să înțeleagă mediul şi

societatea în care trăiesc. Numai în acest mod se poate dezvolta capacitatea lor de adaptare la cerințele societății.

Obiectivele specifice vor fi:

- promovarea progresului copilului prin modele globale timpurii de răspuns, de la răspunsuri reflexe şi întâmplătoare până la acțiuni intenționate şi orientate spre un scop;
- încurajarea interacțiunii adult – copil şi concentrarea atenției asupra stimulilor externi;
- stabilirea unor mijloace sistematice de comunicare pentru fiecare copil în parte pentru a permite aranjarea sa în situații eficiente de învățare;
- facilitarea formării conceptelor prin selectarea şi integrarea informației senzoriale;
- promovarea utilizării strategiilor de învățare eficiente şi unui repertoriu de acțiuni care îl vor abilita pe copil să exploreze şi să controleze mediul;
- antrenarea capacității de a realiza alegerile adecvate şi de a stabili deciziile corecte într-o varietate de situații.

4. **Dezvoltarea personală şi socială**

Cuprinde acele deprinderi şi capacități care vor ajuta copiii să devină participanți acceptați în situațiile sociale şi care vor încuraja dezvoltrea lor emoțională. Imaginea de sine pozitivă şi stima de sine depind atât de capacitatea copiilor de a opera eficient şi de a-şi asuma responsabilitate pentru ei înşişi, cât şi devalorizarea activităților lor de către ceilalți.

- Obiectivul global este de a abilita copiii să-şi dezvolte o imagine de sine pozitivă precum şi deprinderile şi încrederea necesare pentru a deveni membrii activi în societate;
- Obiective specifice se referă în acest caz la:
  - abilitarea copiilor pentru a coopera şi participa la activități şi de a deveni un membru acceptabil al grupului;
  - încurajarea conştientizării nevoilor personale, a preferințelor şi a capacității de a lua decizii şi de a asuma responsabilitatea pentru acestea;
  - stimularea copiiilor ca să achiziționeze maxim de independență posibilă în îngrijirea personală, compatibilă cu dizabilitățile lor;
  - stimularea interacțiunii copiilor cu ceilalți, astfel încât să facă parte dintr-un grup şi să poată să se alăture activităților care implică schimb alternativ de roluri şi cooperare cu ceilalți;
  - stabilirea unor canale adecvate de comunicare care să-i abiliteze pe copii;
  - să-şi exprime propria personalitate şi să ia parte activ la situațiile sociale.

Stimularea copiilor în activități şi desfăşurarea lor în timpul acceptat de copil necesită o planificare atentă, răbdare, şi sensibilitate din partea fiecărui adult implicat, fie din clasa specială, fie din şcoala de masă.

Curriculum-ul de bază din terapia ocupațională

Acesta este realizat pe 6 componente: mişcare, deprinderi motorii – perceptive, conştiința senzorială, deprinderi cognitive, comunicare şi deprinderi de autonomie personală, fiecare cu subcomponentele sale. (Snell E.M 1983).

Componentele curriculum-ului de bază (Snell E.M. 1983):

1) Mişcare
2) Deprinderi motorii – perceptive
3) Formarea conştiinței senzoriale
4) Deprinderi cognitive
5) Comunicare
6) Asigurarea autonomiei personale

După ce curriculum-ul de bază şi componentele sale au fost clar definite, vor fi formulate obiectivele generale pentru fiecare arie, de obicei în raport cu scalele normale de dezvoltare. Kiernan ’81 avertizează însă că modelul de dezvoltare al copiilor cu handicapuri multiple poate să nu fie asemănător curbei de dezvoltare normale. Un model al deprinderilor, care poate fi exprimat sub forma obiectivelor comportamentale dar care urmăreşte o secvență de dezvoltare este adesea mai folositor, atât pentru urmărirea progresului cât şi pentru sugerarea pasului următor în învățare.

Obiectivele care nu sunt formulate în termeni comportamentale, dar care definesc experiențe care vor fi oferite copiilor sunt de asemenea

importante. Acestea sunt în mod special importante atunci când sunt destinate să suplinească carențele experiențiale ale copiilor datorate dizabilităților, precum şi atunci când sunt formulate pentru a dezvolta la copil înțelegerea mediului şi a propriei persoane. Muzica, arta, drama, jocul şi multe alte activități sunt compatibile cu abordarea demonstrativă specifică terapiei ocupaționale.

Ariile curriculum-ului se identifică ca un întreg: starea fizică, mintală, afectivă a copilului; caracteristicile şi nevoile sale unice ca individ precum şi standardele de comportament solicitate ca membrii ai societății.

Planificarea programelor individuale

O dată stabilită structura curriculum-ului şi conținutul sau în mare pot fi realizate programe individuale care se vor referi la atingerea nivelelor succesive din cadrul structurii curriculum-ului şi vor selescta părțile adecvate pentru fiecare copil.

Accentul asupra unor componente ale curriculum-ului şi conținutul său în mare, pot fi realizate programe individuale care se vor referi la atingerea nivelelor succesive din cadrul structurii curriculum-ului şi se vor selecta părțile adecvate pentru fiecare copil.

Consultarea cu părinții şi educatorii este foarte importantă în acest stadiu şi trebuie avute în vedere dorințele acestora. Un studiu realizat de Hogg, Lambe, Cowie şi Coxon ’87 indică câteva arii de interes general pentru părinți: limbaj şi comunicare, dezvoltare motorie generale şi fină, rezolvarea tulburărilor de comportament şi abilitatea de a se bucura de activitățile recreative. Este indicată participarea părinților la realizare

programelor individuale pentru a aprecia relevanța deprinderilor învățate în şcoală pentru viața de acasă a acestor copii.

Înainte de toate acestea trebuie realizată o evaluare preliminară pentru a se defini modul de funcționare al fiecărui copil, încercarea de a previziona un posibil progres, indicarea ariilor prioritare pentru învățare şi furnizarea unei baze de la care să se pornească în elaborarea programelor individuale după care să poată fi monitorizat progresul copilului.

Evaluarea şi programarea (Snell E.M.1983)

Evaluarea a fost definită ca fiind achiziționarea de cunoştințe privind comportamentul, abilitățile şi atitudinile copilului pentru a selecta obiectivele adecvate. Aceasta defineşte punctul de plecare pentru elaborarea curriculum-ului.

Kiernan ’76 a sugerat 4 paşi pentru stabilirea unei baze pentru deciderea priorităților urgente în învățare:

1) În primul rând trebuie identificate ariile de dezvoltare, cum ar fi problemele copiilor de comportament sau deficitele fizice şi senzoriale.

2) În al doilea rând, trebuie identificate nevoile şi preferințele copiilor pentru a le folosi drept recompense în timpul învățării.

3) În al treilea rând, trebuie evaluate nivelurile de socializare şi de comunicare ale copiilor. Până când o anumită formă de comunicare nu este stabilită între adult şi copil, acesta din urmă s-ar putea să nu fie capabil să răspundă la solicitările pentru acțiune ale adultului.

4) În final se evaluează activitatea spontană a copiilor şi coordonarea senzorio-motorie. Este important de notat aici nivelul

activității, dacă este voluntară sau aleatorie, precum şi factorii care motivează activitatea. Acest element va demonstra dacă copii au abilitățile exploratorii necesare pentru a afla informații din mediul lor în mod spontan, sau dacă programul trebuie să introducă antrenarea în achiziționarea acestor deprinderi. Este de asemenea important să se observe achizițiile copilului în domeniul deprinderiilor de autonomie personală, notând dacă acestea se află la nivelul cerut de exercitare a deprinderilor de autoservire sau dacă se află la nivelul de indicare a nevoii de sprijin, prin orice mijloace disponibile, acceptând suportul oferit de educatori.

Leeming, Swann, Coupe şi Mittler ’79 descriu trei categorii de observații: observația generală de la distanță a interacțiunii copillui cu mediul; observația specifică a aspectelor de detaliu din comportamentul copilului; intervenția – observație realizată atunci când se observă răspunsul copilului la o acțiune a adultului. Rezultatele observației descriu modul în care fiecare copil operează şi barierele majore de învățare din fiecare arie comportamentală pe care acesta le prezintă.

După aplicarea metodei observației va rezulta un prim profil psihologic sumar al copilului. Profilul inițial va arăta unde este necesară o evaluare mai aprofundată înainte de elaborarea programului individual. Se poate solicita ajutorul specialiştilor într-o anume arie de deficiență pentru o evaluare mai detaliată din perspectivă interdisciplinară. Mulți copii cu handicapuri profunde au un control voluntar minmal al mişcărilor lor sau reflexe reziduale puternice Ei se mişcă necoordonat sau pot fi inerți. În ambele cazuri este dificilă formarea unei imagini adecvate despre reacțiile conştiente ale copilului la influențele din mediu, prin observare generală. Adesea este necesară înregistrarea fiecărui răspuns la

o gamă diversă de stimuli prezentați într-o situație structurată, înainte ca orice model consecvent de răspuns să poată fi detectat. Înregistrările video ale unor astfel de sesiuni pot fi de mare ajutor.

O dată completat profilul inițial se vor identifica ariile de prioritate pentru învățare. Obiectivele generale vor fi extrase din setul de Obiective Generale ale Terapiei Ocupaționale. Prioritatea pentru fiecare copil va fi în zona de deficit maxim, fie în zona ce demonstrează cel mai mare potențial de progres. Obiectivele vor fi stabilite pentru fiecare din cele patru arii de dezvoltare pentru a asigura un program echilibrat şi a evita fragmentarea experienței. Se vor utiliza activitățile specifice domeniilor Terapiei Ocupaționale. Se vor selecta apoi obiectivele pe termen scurt pentru fiecare arie din curriculum.

Vor fi formulate apoi obiectivele de învățare pentru fiecare program individual. Condițiile şi criteriile pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor stabilite în detaliu pentru fiecare obiectiv. Vor fi planificate activitățile pentru atingerea performanțelor proiectate.

Activitătile se realizează sub forma individuală prin interacțiunea terapeut – subiect ca de exemplu: antrenarea atenției, dezvoltarea deprinderilor de ascultare sau folosirea mijloacelor electronice; ori în grup într-un mod mai flexibil: şedințe de pregătire a mesei, folosirea liberă a materialelor de joc, asigurarea igienei personale şi autoservirii.

În concluzie aşa cum rezultă din cele prezentate structura curriculum-ului de bază pentru copii cu handicapuri mintale severe şi polihandicapuri se bazează pe activități predominant practice realizate cu metodologia specifică terapiei ocupaționale adaptată la nevoile caracteristice ale acestor subiecți.

ANEXĂ

PROIECTUL ÎN ART-TERAPIE / Structura

(RODRIGUEZ şi TROLL – 2000)

PRELUAT DUPĂ PREDA V. –TERAPII PRIN MEDIERE ARTISTICĂ
Presa universitară clujeană –Cluj Napoca, 2000

Rezidă dintr-o succesiune de răspunsuri la următoarele întrebări:

1) Cu cine se realizează proiectul terapeutic ?

a) Care este grupul ţintă, ce tip de clienţi sunt cuprinşi în şedinţele de art-terapie ?

b) Care sunt criteriile de alegere ale subiecţilor (vârstă, sex, interese patologice) ?

c) **Se impune prezenţa unui co-terapeut sau a unui membru al echipei instituţionale ?**

2) Care sunt obiectivele ?

- ❖ Pentru client
- ❖ Pentru terapeut
- ❖ Pentru co-terapeut
- ❖ Pentru cel care prescrie şedinţele de art-terapie
- ❖ Pentru instituţie

3) Cum se înscrie proiectul într-un cadru mai larg al abordării terapeutice?

– Care este cadrul instituţional care-l susţine?

– Cu ce echipă se lucrează?

- Definirea locului proiectului de art-terapie în cadrul muncii în echipă (în interiorul sau exteriorul echipei)?
- Care este poziția art-terapeutului în echipa multidisciplinară?
- Ce relație va avea art-terapeutul cu membrii echipei?
- Care sunt mijloacele de comunicare între art-terapeut şi ceilalți membri ai echipei complexe de intervenție terapeutică (reuniuni periodice, sinteze, rapoarte)?
- Ce informații sunt transmise?

Răspunsurile la întrebări sunt necesare pentru elaborarea contractului cu clientul.

4) În ce spațiu se vor desfăşura şedințele de art-terapie?

- Trebuie adaptată activitatea, locul de desfăşurare?
- Poate fi adaptat locul activităților de art-terapie?
- Care sunt posibilitățile de organizare a spațiului în funcție de structura proiectului art-terapeutic?

5) Pe ce perioadă de timp este prevăzută derularea proiectului art-terapeutic?
   i) Care este durata şedințelor de art-terapie şi care sunt criteriile de stabilire a duratei (tipul activității, tipul clientelei, cadrul instituțional)?
   ii) Care este numărul şedințelor de art-terapie?
   iii) Care este frecvența şedințelor?

6) Care este tipologia proiectului?
   - individual
   - de grup

- impus de către instituție
- proiect desfăşurat de terapeut sau de client
- alegerea tipului de proiect se raportează la un grup omogen sau neomogen
- proiectul este la cerere? În acest caz se pune problema compoziției grupului şi compatibilității dintre membrii grupului
- proiectul este deschis în genul atelierului liber sau de tip închis ?

7) Ce tip de contract se realizează cu clientul?

- Confidențialitate
- Realizare de opere / produse de nuanță artistică
- Condiții de participare
- Evaluare
- Participare financiară

8) Ce funcții trebuie să dețină art-terapeutul?

- ✓ participant la grup ca persoană ce conduce activitățile şi care poate fi chestionată
- ✓ simplu coordonator al grupului
- ✓ directiv
- ✓ non-directiv
- ✓ garant al proiectului
- ✓ doar suport tehnic, facilitar ?

9) Ce tehnici utilizează art-terapeutul?

- Ce materiale se vor utiliza în funcție de tehnica aleasă?

10) De ce fenomene asociate trebuie să ţină seama?

- Ce loc şi ce importanţă acordă comunicării verbale?
- Care este locul şi importanţa creativităţii personale?

11) Care sunt etapele proiectului art-terapeutic?

– Programa în derulare a proiectului poate fi extrem de liberă sau extrem de structurată?

<u>Întrebări pe care şi le pune art-terapeutul sunt:</u>

✓ Cu ce se începe ?

✓ Care este înlănţuirea secvenţelor ?

✓ Care este timpul necesar?

✓ Cu ce se termină, care este finalitatea?

12) Pe ce tip de finanţare se pune accentul?

– Pe salariu?

– Pe tot ceea ce este material?

BIBLIOGRAFIE

ALLEN C.K.; EARHART C.A.; BLUE T. – *Ocupational therapy. Treatment goals for the physically and cognitively disable*, The American Ocupational Therapy Association Inc., Rockville, Maryland, 1992

BRINZEI P. – *Itinerar psihiatric*, Edit. Junimea, Iaşi, 1979

CREȚU VERGINIA – *Modul curricular pentru educația specială a copiilor cu handicap mintal sever*, Studiu în revista „Societate şi Handicap", nr 1-2/2001

DAVIDO R. – *Descoperiți-vă copilul prin desene*, Edit Image, 1998

DAVITZ & BALL - *Psihologia procesului educațional*, EDP, 1978

DENTON L. PEGGY – *Psichiatric Occupational Therapy,* a workbook of practical skills, Boston, Massachusetts, 1987

ENĂCHESCU C. - *Elemente de psihologie proiectivă*, Edit. Ştiințifică, Bucureşti, 1973

ENĂCHESCU C. - *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihici*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1979

HEYER S. - *Le processus de l'ergotherapie*, Edition E.E.S.P., 1990, Lausanne

IONESCU ŞERBAN – *L'intervention en deficience mentale, Pierre Mardaga editeur***,** Galerie de Princes, Bruxelles, 1987, vol. I, pag 411-413

KRAMER E. - *Childhood and art therapy*, Schooken Books, 1978, USA

LEURET F. – *Despre tratamentul moral al bolii psihice*, în Licht Source BooCK

MIHĂILĂ I. - *Bazele ştiințifice şi aplicațiile ergoterapiei*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1982

NEVEANU P. P. – *Dicţionar de psihologie*, Edit. Albatros, Bucureşti, 1978

PARKER L. SCOTT - *Improving occupational programs for the handicapped U.S. dapartment of health education and welfare office of education*, 1985

PĂRUŞ N., HARAPCIUC TH. - *Rolul ergoterapiei în asistenţa bolnavilor psihici cu evoluţie prelungită*, Comunicare la Sesiunea PAUNIER S. - *Ergotherapie-definition, position du probleme, Readaptation,* nr. 36, Paris, 1967

PĂUNESCU C., MUŞU I.– *Recuperarea medico-pedagogica a copilului handicapat mintal***,** Ed. Medicala, Bucuresti 1990

PĂUNESCU C., MUŞU I. - *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1990

PĂUNESCU C. - *Terapia educaţională a persoanelor cu disfuncţii intelective,* Edit.ALL, 1999

PINEL P. – *Tratat medico-filosofic despre alienarea mintală*, Paris, 1801

PREDA V. – *Terapii prin mediere artistică*, Edit. Stiinţifică, 1973

POPESCU AL. – *Ergoterapia, organizare, finanţare, desfăşurare*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1975

POPESCU AL. – *Terapia ocupaţională şi ergoterapia*, Edit. Medicală, Bucureşti, 1986

POPESCU AL. – *Terapia ocupaţională şi ergoterapia*, vol. II „Elemente practice, eficacitate medicală şi eficienţă economică", vol. III „Forme aplicative ale tehnicilor folosite de terapia ocupaţională şi ergoterapie", Edit. Cerma, Bucureşti, 1994

POPOVICI D.V. – *Locul şi rolul psihomotricităţii în cadrul procesului de educare şi recompensare a elevilor debili mintal*, Studiu în Revista de Psihologie nr 1/1986, Academia Română

POPOVICI D.V. – *Specificul activitstăţilor de terapie ocupaţională.* Studiu în „Ghidul educatorului”, coord. Verza E. – DPC-EU Phare - 1997

POPOVICI D.V. – *Terapia ocupaţională, element cental în procesul de terapie a sărilor de handica. Locul învăţării practice în acest proces*, Capitol în Introducere în psihopedagogia şcolarului cu handicap, Coord. Radu Gh., Edit. Pro-Humanitate, Bucureşti, 1999

POPOVICI D.V., NICULCEA D. – *Terapia educaţională integrată*, cap. Meloterapia, Edit. Pro-Humanitate, 1997

RADU I.D. – *Educaţia psihomotorie a deficienţilor mintal (Îndrumar metodic)*, Edit. Pro-Humanitate, Bucureşti, 2000

RADU I.D., ULICI Gh. – *Evaluarea şi educarea psihomotricităţii*, Edit. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti, 2003

SNELL E. MARTHA – *Systematic instruction of the moderately and severely handicapped*, second edition, Charles S. Merrill Publishing Company, 1983

TROBLY C.A.– *Occupational therapy for physical disfunction***,** Third edition – Williams and Wilkins, Baltimore, Hong-Kong, London, Sidney – 1989

VERZA EMIL (coord) – *Metodologia recuperării în defectologie*, Studiu în volumul „Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei”, Universitatea Bucuresti, 1987

WILCOOK A. – *Occupational Therapy Approaches to Stroke*, Churchill Livingstone, 1986, Melbourne, London, New York.

WILLARD & SPACKMAN ‘S – *Ocupational therapy*, Sixth edition, edited by Helen Smith, J. B. Lippincott Co, 1983

WILLIAMS G.H., WOOD M. - *Developmental Art Therapy*, Baltimore University Park Press, 1977